

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

ROMSKÉ ŽENY A REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Vlasta Koudelková, Ph.D.

2009

Autor:

Bc. Adéla Treppeschová

Abstract

Reproduction health means ability to become pregnant, bear the full term and give birth to a healthy child. Every woman is responsible for her care for reproduction health. Health is also closely connected with love for family. Family is very important for Romani people as it is a source of power and deep roots and satisfies life necessities of its members.

The thesis titled Romani Women and Reproduction Health deals mainly with the issues of reproduction health of Romani women which includes family planning of Romani women, pregnant Romani women, abortion, childbirth, contraception and also climacteric and preventive screening mammography. The issues connected with reproduction health are quite serious as preventive medical examinations are essential for subsequent treatment when a disease is diagnosed.

The aim of the thesis was to find out whether or not there is any education in the area of family planning of Romani women; whether or not Romani women plan their parenthood; whether or not family planning is affected by the traditional Romani family pattern; at what age they give their first birth; whether or not Romani women undergo preventive gynaecological examinations; whether or not Romani women are informed about vaccination against uterine suppository cancer; and whether or not Romani women use hormonal substitution therapy during their climacteric. The hypotheses below were defined for these aims.

The aim of the first hypothesis was to verify that there is no education in the area of family planning of Romani women. The hypothesis was verified by a questionnaire and its subsequent statistical evaluation. The aim of the second hypothesis was to verify that Romani women plan their pregnancy but this hypothesis was not verified. The aim of the third hypothesis was to verify that family planning of Romani women is affected by the traditional Romani family pattern which was not verified. The aim of the fourth hypothesis was to verify that Romani women give their first birth at the age of 17 or so. This hypothesis was verified by a questionnaire and its subsequent statistical evaluation. The aim of the fifth hypothesis was to verify that Romani women undergo preventive gynaecological examinations. This hypothesis was verified. The aim of the sixth

hypothesis was to verify that Romani women are not informed about vaccination against uterine suppository cancer. This hypothesis was not verified. The aim of the seventh hypothesis was to verify that Romani women do not use hormonal replacement therapy during their climacteric. This hypothesis was verified.

There were four research questions defined for a qualitative check. The first question concerned the fact how the lower socioeconomic status of Romani families affects the number of children being born. The second research question concerned the most frequent gynaecological diseases occurring of Romani women. The third question concerned the issues connected with pregnancy of Romani women. The fourth question concerned the fact whether or not Romani women let their daughters be vaccinated against uterine suppository cancer. The results of the research questions show that the informants did not have problems to become pregnant; when they had health problems during pregnancy they went to hospital to avoid complications; their lower socioeconomic status does not have any impact on the number of children in Romani families; five informants out of nine did not have any gynaecological problems; all Romani informants are informed about vaccination against uterine suppository cancer; and only three women out of nine would not let their daughters be vaccinated.

A combination of quantitative and qualitative checks was used for the practical part of the thesis. A non-standardized interview and a questionnaire were used as the data collection technique. The research group consisted of Romani women of all age categories from České Budějovice. The total number of informants involved in the quantitative check was 130 Romani women and in the qualitative check nine informants were interviewed. The research check was carried out in the period of early March to early June 2009.

On the basis of the results a proposal of an education material designed for medical staff as well as for Romani women themselves has been drawn up.

Prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma „*Romské ženy a reprodukční zdraví*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

Adéla Treppeschová

Poděkování

Touto cestou bych ráda vyjádřila upřímné poděkování vedoucí mé diplomové práce PhDr. Vlastě Koudelkové Ph.D. za připomínky a cenné a přínosné rady. Mé velké díky patří nejblíže rodině za všestrannou podporu během celého studia. Děkuji všem, kteří se podíleli na výzkumné části.

Obsah

Úvod	4
1. Současný stav	5
1.1 Původ a historie Romů.....	5
1.2 Příchod Romů do České republiky	7
1.3 Romové v současnosti	7
1.4 Dělení Romů a jejich jazyk	8
1.4.1 Dělení vnitřní – romské.....	8
1.4.2 Dělení vnější - z hlediska „neromů“	9
1.4.3 Odborné dělení - z hlediska jazykově-etnického.....	10
1.5 Hodnotový systém Romů.....	10
1.6 Typické vlastnosti Romů	10
1.7 Jazyk a komunikace Romů.....	11
1.8 Tradiční způsob života Romů.....	13
1.8.1 Romská rodina	13
1.8.2 Stravování v romské rodině	15
1.8.3 Vzdělání Romů	15
1.8.4 Víra	16
1.8.4.1 Fenomén smrti	17
1.8.5 Romská žena, její postavení v rodině a kultura	18
1.8.6 Svatba a křtiny v romské rodině	20
1.8.7 Zdraví a prožívání nemocí u Romů.....	20
1.8.7.1 Léčitelství a jeho důležitost v romské rodině.....	21
1.9 Reprodukční zdraví romských žen	23
1.9.1 Období novorozenecké.....	23
1.9.2 Období klidové.....	23
1.9.3 Období pohlavního dospívání.....	24
1.9.4 Plánované rodičovství	24
1.9.5 Antikoncepce.....	24
1.9.6 Neplodnost.....	25

1.9.7	<i>Potrat</i>	25
1.9.8	<i>Těhotná romská žena</i>	25
1.9.9	<i>Porod a šestinedělí u romské ženy</i>	26
1.9.9.1	<i>Novorozenec romské ženy a jeho magická ochrana</i>	27
1.9.10	<i>Klimakterium</i>	28
1.9.10.1	<i>Mamografie</i>	29
1.10	<i>Ošetřování romské ženy a respektování léčby romskou ženou</i>	30
1.10.1	<i>Lékařská péče u praktických gynekologů – prevence</i>	30
1.10.2	<i>Karcinom děložního čípku</i>	31
1.11	<i>Aplikace modelu Gigerové - Davidhizarové do ošetřovatelské péče romských žen</i>	33
1.11.1	<i>Kulturně svébytný jedinec</i>	34
1.11.2	<i>Biologické odlišnosti</i>	34
1.11.3	<i>Vliv prostředí a výchovy</i>	35
1.11.4	<i>Pojetí času</i>	35
1.11.5	<i>Sociální začlenění</i>	35
1.11.6	<i>Prostor</i>	36
1.11.7	<i>Komunikace</i>	36
1.12	<i>Vybrané ošetřovatelské diagnózy při ošetřování romských žen</i>	37
2.	<i>Cíle práce a hypotézy</i>	39
2.1	<i>Cíle práce</i>	39
2.2	<i>Hypotézy</i>	39
2.3	<i>Výzkumné otázky</i>	39
3.	<i>Metodika</i>	40
3.1	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	40
3.2	<i>Výzkumné metody a techniky</i>	40
4.	<i>Výsledky</i>	41
4.1	<i>Výsledky kvantitativního šetření – popisná statistika</i>	41
4.1.1	<i>Porovnání statistických korelací - kontingenční tabulky</i>	73
4.2	<i>Výsledky kvalitativního šetření</i>	77

5. Diskuse	90
6. Závěr.....	103
7. Seznam použitých zdrojů	106
8. Klíčová slova	111
9. Přílohy	112
9.1. Seznam příloh.....	112

Úvod

“Všichni lidé byli stvořeni, aby nesli kupředu stále se rozvíjející kulturu... Žít stejně jako zvířata na poli, je člověka nedůstojno. Ctnosti, které přísluší jeho důstojenství, jsou trpělivost, slitovnost, soucit a dobrota vůči všem národům a pokolením země (12)“.

Bahá'u'lláh

Romové pocházejí z Indie a na území České republiky žijí již po několik staletí. Romové jsou i dnes pro většinu obyvatel stále neznámí, a to jak ohledně způsobu života, způsobu myšlení, tak jejich náhledu na svět. V České republice tvoří Romové specifickou menšinu, která má jiný hodnotový žebříček, jehož nejvyšší hodnotou je život. Mezi další významné hodnoty Romů patří rodina, Romství nebo také zdraví, které znamená fyzickou odolnost, toleranci majoritní společnosti a také určité sociální zajištění.

Reprodukčním zdravím se rozumí schopnost otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě. K problematice reprodukčního zdraví je třeba přistupovat z více hledisek, a to například z hlediska biologického, medicínského, ale také musíme mít na mysli jednotu tělesného, psychického a sociálního blaha jedince. Péče o reprodukční zdraví je záležitostí každé ženy. Se zdravím úzce souvisí i láska k rodině. Pro Romy je rodina velmi důležitá, protože je zdrojem síly, pevných kořenů a uspokojuje základní životní potřeby jejích členů.

V diplomové práci bych se chtěla zabývat problematikou spojenou s plánovaným rodičovstvím, potratem, těhotenstvím a porodem. Dále bych chtěla poukázat na problematiku spojenou s karcinomem děložního čípku a zabývat se i mnoha dalšími aspekty, které souvisejí s reprodukčním zdravím romských žen z jejich pohledu.

1. Současný stav

1.1 Původ a historie Romů

Romové pocházejí z Indie. Prvními státy, kde se Romové usadili, byla Arábie a Egypt. Z Indie začínali Romové odcházet pravděpodobně mezi 3. – 9. stoletím n. l., přičemž příčinou jejich odchodu z Indie byly s největší pravděpodobností válečné konflikty i ekonomické potíže, neboť se v daném období objevovala častá sucha a z nich plynoucí nedostatek potravy (11, 26, 35, 44).

Po odchodu z Indie se Romové pravděpodobně na krátkou dobu usadili v Persii (Írán). V průběhu 8. století Romové opustili Persii, rozdělili se do několika skupin, které poté putovaly buď do Arménie a nebo do Sýrie a Palestiny. Tímto rozdělením vznikly dvě základní podskupiny romštiny - arménská a evropská, ze které se pak oddělila syrská skupina romských dialektů. Na Balkánském poloostrově se Romové objevili nejpozději v 11. století. Balkánský poloostrov se stal po několik staletí domovem Romů a výchozím bodem pro jejich další putování do Evropy. Romové se zde živili kovářstvím, kotlářstvím, řetězářstvím, korytářstvím, košíkářstvím, řeznictvím, zvěrolékařstvím nebo např. provozováním akrobacie a kejklířství. První Romové se mimo Balkánský poloostrov, dle nepodložených zpráv, měli objevovat průběžně od 13. století. Avšak doložené zprávy o odchodu Romů z Balkánského poloostrova se objevují teprve až na začátku 15. století, tedy v době, kdy byla Byzantská říše ohrožována nájedzy Turků (Příloha 3, 35, 51).

Nejstarší dochovaná písemná zmínka o přítomnosti Romů na území Evropy pochází z roku 1068. Řecký mnich v klášteře na hoře Athos zapsal poznámku do kroniky o zvláštním lidu, který se pohybuje v okolí Cařihradu. Tento lid nazval Atsígonoi (Atsigános). Takto se v té době označovali příslušníci náboženské sekty, kteří se věnovali černé magii a věštění. Romové mohli být snadno ztotožňováni s touto sektou, jelikož se také zabývali magií. Označení Atsigános je důležité, protože z něj vzniklo jedno z nejrozšířenějších pojmenování Romů v Evropě, a to je Cikán - německy Zigeuner, italsky Zingar, francouzsky Tsigan. Během putování praotců dnešních Romů v průběhu 12. a 13. století Evropou, se tito praotcové představovali se jako knížata

z Malého Egypta a také proto se jim začalo říkat egyptský lid nebo Egyptané. Toto pojmenování se stalo základem pro pojmenování Gyftoi, Egyptianos či Gypsies. (14, 26, 39).

Romové postupně pronikali z Balkánu do střední Evropy. Přicházeli ve více vlnách a přívalech a šířili se dvěma základními směry. Hlavní proud měl velký význam, jelikož se z něj vytvářela dnešní populace evropských Romů (11, 14).

V Evropě byli Romové zpočátku vítáni, protože přinášeli jednak nové informace o vzdálených zemích a dále také přinášeli krásnou hudbu a nové technologie, především ve zpracování kovů. Byli přijímáni na panovnických a šlechtických dvorech, kde dostávali průvodní listy, kterými se dále vykazovali při dalším putování. Tradičním povoláním bylo například kovářství, košíkářství, čištění peří, broušení nožů, hudebnictví a mnohé další. Romové byli také vyhlášenými zvěrolékaři a léčiteli a ženy uměly předpovídat budoucnost. Zpočátku byli Romové považováni za kajícíky, kteří na sebe vzali tíhu putování, aby mohli odčinit hříchy svých předků. Avšak brzy po jejich příchodu do Evropy začali být pronásledováni, jak ze strany církve (ta je vinila z nevěrectví a čarodějnictví), tak ze strany světské moci (ta jim podsouvala špionáž, loupežnictví atd.) (7, 11, 35, 44).

Útlak a pronásledování Romů je podstatným bodem celých dějin pobytu romské menšiny na evropském kontinentu. Důsledkem neustálého pronásledování je, že na západě dodnes mnohé skupiny Romů žijí kočovně nebo polokočovně. V 18. století však byla ve většině západních zemí politika vyhánění nebo-li eliminace vystřídána politikou méně násilnou, tudíž asimilací. Jakýmsi pomyslným vrcholem pronásledování Romů v Evropě byla tzv. vyhlazovací politika Třetí říše. Za II. Světové války byla značná část západoevropských Romů umístěna do koncentračních táborů, kde docházelo k jejich vyhlazování, vůči východoevropským Romům mělo být postupováno obdobným způsobem. V devadesátých letech dochází k výrazným změnám, které přinášejí Romům základní politická práva. Romové jsou uznáváni jako národnostní menšina, mluví se o neteritoriálním národu (51).

1.2 Příklad Romů do České republiky

II. Světovou válku přežilo pouze asi 600 českých a moravských Romů. Většina Romů žijících v České republice přišla ze Slovenska v období mezi roky 1945 – 1993. V první vlně přistěhovalců byli Romové, kteří se sami rozhodli pro bydlení v České republice. Nejprve přišli mladí muži, kteří našli místo, kde bylo možno získat práci i bydlení a poté se vrátili na Slovensko pro své rodiny. Tito Romové si zachovali své tradice a většinou i jazyk. V oblasti, ve které se usadili, se sžili s místními obyvateli a většinou neměli vážnější problémy. V padesátých a šedesátých letech 20. století přišla druhá vlna přistěhovalců při organizovaných nábořech na stavby a také do těžkého průmyslu. Tento nábor se prováděl v osadách po celém Slovensku, protože byl veliký zájem o silné, zdravé a mladé muže, kteří si tu vydělávají peníze a poté se vrátí zpět na Slovensko. Avšak tento předpoklad o návratu Romů zpět na Slovensko se nevyplnil, naopak si odtud Romové přivezli své ženy a nevěsty a založili v Čechách rodiny. Třetí vlna přistěhovalců přichází do Čech v roce 1965 pod nátlakem při uplatňování usnesení vlády o likvidaci cikánských osad, ulic a čtvrtí. Tito Romové prodělali kulturní šok při radikální změně života, bydlení, práce i prostředí. Tito Romové mají v České republice mnoho problémů, protože českou společnost vnímají jako nepřátelskou a i jejich sousedé je neakceptují. Od roku 1990 mnoho Romů odchází do západních zemí, kde se snaží usadit. Do České republiky naopak přicházejí Romové z Rumunska, států bývalé Jugoslávie, ale i ze Slovenska, kteří chtějí přes naši zemi pokračovat dál na západ nebo se zde chtějí usadit (54).

1.3 Romové v současnosti

Romové dnes žijí na všech pěti kontinentech, ale nejvíce se však vyskytují v Evropě. V západní Evropě dle odhadů dnes žije přibližně 1,5 milionů Romů a ve východní Evropě dnes žije dle odhadů více než tři miliony Romů. V České republice jsou Romové početně nejvýznamnější etnickou menšinou. V současnosti na území České republiky podle kvalifikovaných odhadů žije přibližně dvě stě tisíc Romů (tyto odhady byly krátce po válce okolo šesti sty až tisícem Romů, kteří žili na tomto území) (11, 43, 53).

Romové jsou nazýváni různými způsoby, a to Atsígaioi podle řeckého mnicha, který napsal v klášteře na hoře Athos poznámku do kroniky o zvláštním lidu, který se pohybuje v okolí Cařihradu, dále jsou nazýváni Zingari, Gitanos nebo také Gypsies. Oni sami sebe nazývají také různě, buď Kale, Manuša, Sinti, Povaru, nebo nejčastěji si říkají Roma (14, 26).

Romové žijí na území České republiky již po několik staletí, avšak i přes tuto skutečnost jsou pro většinu ostatních obyvatel stále neznámí, a to ohledně způsobu života, způsobu myšlení či náhledu na svět. Většina obyvatelstva nahlíží na Romy jako na celek, který se chová negativně. Romové se však mezi sebou dělí do mnoha skupin a těžce přijímají, že většinová populace tyto rozdíly nedělá. Jednotlivé skupiny mezi sebou téměř nekomunikují, mají odlišné historické zázemí i zkušenosti a také nezasahují do záležitostí druhých skupin. Romové jsou tradičně zařazeni do určitých kast, které ještě více podporují nesmiřitelnost mezi jednotlivci. Avšak přece jen něco společného všechny romské skupiny mají, a to lásku k volnosti, svobodě, nezávislosti a nechuť ke stereotypu pravidelnosti (54).

1.4 Dělení Romů a jejich jazyk

Romy lze obecně dělit dle různých hledisek. Označení ROM je jméno řady etnických skupin. Tyto skupiny mají společný jazyk či původ a společné kulturní rysy. Romové, kteří žijí v České republice patří k několika etnickým skupinám, mluví několika dialekty romštiny, popřípadě etnolekty češtiny, slovenštiny nebo maďarštiny. V obecné rovině existují tři způsoby dělení Romů, a to *dělení vnitřní* - romské (to znamená, jak Romové rozdělují sami sebe), *dělení vnější* - z hlediska „neromů“ (gádžů) a *dělení odborné* z hlediska jazykově-etnického (1, 52).

1.4.1 Dělení vnitřní – romské

Vnitřní dělení Romů spočívá v dělení podle způsobu života na kočovné, polokočovné a usdlé. Polokočovný způsob zahrnoval skupiny, které měly přechodná obydlí, ve kterých se zdržovaly zpravidla jen v zimním období. Značnou část roku se Romové přemísťovali ve vozech (šiatrách), které byly pokryty plachtami a byly taženy

koňmi, nebo putovali pěšky a tábořili ve stanech. Kočovný způsob života Romů souvisel se zdroji obživy (nejčastěji koňské handlířství), často byly doplňovány různými formami drobného příživnictví. Usedlí Romové se živili provozováním svých profesí nebo drobnými službami gádžům – neromům nebo sedlákům z vesnic, u kterých žili v osadách (tyto osady se dodnes uchovaly zejména na východním Slovensku) (1).

Dále se Romové liší také z hlediska profesního. S každou vykonávanou profesí byl spojen různý společenský status. Avšak nejlepší postavení měli hudebníci. Své profese si s sebou Romové přinesli z Indie, kdy se jednalo nejvíce o kovářství, košíkářství, korytářství, koňské handlířství, výrobu cihel, metel nebo brusičství nožů (28).

Mezi další dělení Romů lze zahrnout dělení na městské a venkovské. Romové žijí mezi neromským obyvatelstvem, buď ve zvláštních čtvrtích a ulicích ve městech nebo na předměstích (městštích) nebo v oddělených romských osadách na okrajích venkovských obcí (venkovštích). Tito venkovští Romové si zachovali mnoho ze své kultury a běžného tradičního života díky částečné izolovanosti od ostatního obyvatelstva. Romové žijící ve městech se přibližovali okolní společnosti v oblastech ekonomického života a v některých rysech sociálního chování (1, 28).

„Mezi sebou se rozlišují na čisté Romy (žuže Roma) a špinavé Romy (degeše Roma). Špinaví jsou např. ti, kteří jedí koňské maso (kůň je pro Romy posvátné zvíře), zbytky jídel (ohřívaná jídla) nebo ti, kteří porušili skupinovou endogamii atd. (28, s. 179)“.

1.4.2 Dělení vnější - z hlediska „neromů“

Při vnějším dělení je velice důležitá úroveň znalostí o Romské populaci, avšak nejrozšířenější hledisko je podle stupně asimilace, tudíž na slušné a neslušné Romy. Dále lze Romy dělit podle způsobu odívání nebo i podle barvy pleti. Ku příkladu Olašští Romové mají světlejší pigmentaci i světlejší vlasy a nosí převážně klasické romské oblečení (široké barevné sukně, třícípé šátky na hlavách atd.) (1, 28).

1.4.3 Odborné dělení - z hlediska jazykově-etnického

Romštinu, kterou hovoří převážná většina Romů na celém světě, můžeme rozdělit do třech dialektických skupin (1).

První skupina je balkánsko-karpatsko-baltská, druhá skupina je grubertsko-amharskou čerharská a třetí skupina je kalderašsko-lovárská (1).

1.5 Hodnotový systém Romů

Nejvyšší hodnotou pro Romy je život. Vše, co život ohrožuje je vnímáno velmi negativně, avšak vše, co vede k zachování, zmnožení či pokračování života, má nesmírně vysokou hodnotu (42).

Zvláštní hodnotou Romů je romství. Pod tento pojem můžeme zařadit charakteristický vzhled, znalost zvyků i jazyka, ale také slušné chování. Chování má v každém rodu svá specifika, ale pro všechny Romy je součástí slušného chování především úcta ke stáří, pohostinnost, zdvořilost a solidarita (42).

Peníze si v hodnotovém žebříčku Romů stojí také poměrně vysoko, kvůli tomu, že jsou potřebné k zachování života, úctě ke stáří i k projevování lásky k dětem. Co se týče budoucnosti, tak ta má poměrně malou hodnotu, především u starších Romů. Pro Romy je důležitější přítomnost a minulost, která je jistá. Také proto si mnozí Romové necení školního vzdělání (42, 60).

1.6 Typické vlastnosti Romů

Pro správné dorozumívání a pro správnou péči o Romy je důležité znát jejich typické vlastnosti. Jedním z typických znaků Romů je jejich skupinová soudržnost, všechny záležitosti spolu prohovořují a společně rozhodují, proto je pro Roma vyloučení ze skupiny velmi přísným trestem. V komunikačním stylu Romů hraje velmi důležitou roli empatie. Velmi brzy se dokáže vcítit do pocitů druhého člověka a také si hned dokáže představit co jeho blízký prožívá. Tudíž se dokáže velmi rychle dostat do pocitu radosti či strachu nebo bezmoci a nejistoty (38).

V důsledku živého temperamentu, citové spontánnosti a vysokého podílu emocí Romové méně kontrolují své city a proto v afektu často neracionálně uvažují. Dotek je

pro Romy důležitý, jelikož souvisí s jejich skupinovou soudržností, dodává jim sílu a pocit bezpečí. Strach je základní emocí pro Romy, stojí hned za agresí, arogancí a za únikem ze situace (38).

1.7 Jazyk a komunikace Romů

Jazyk Romů, neboli romština patří do skupiny novoindických indoevropských jazyků. Romština byla v 18. století klíčem k odhalení indického původu Romů. Romština má celou řadu příbuzných dialektů. Tyto dialekty se postupem času, který žijí Romové usazeně, mění, protože do své slovní zásoby přebraly výrazy z okolní společnosti. Romština má dva rody, osm pádů a používá řecké koncovky (os, is). Romština má specifické hlásky čh, kh, ph a th, které se vyslovují s lehkým předechem. Romština rozeznává jedenáct slovních druhů mezi něž patří člen, podstatná jména, přídavná jména, zájmena, číslovky, slovesa, příslovce, předložky, spojky, částice a citoslovce (14, 24, 36, 39).

Romský jazyk neboli romština se vyvíjí ve styku s prostředím a ovlivňována jazyky národů, na jejichž území Romové žijí. Většinou jsou do romštiny přijímána ta slova a výrazy, které Romové ve své pravlasti neznali a ani nemohli znát (55).

Základní jazykovou výbavou u převážné většiny romských dětí, které přicházejí do první třídy základní školy je romský etnolekt češtiny. Tyto děti mají nevýhodu, protože neovládají obecnou češtinu. Pouze málo romských rodičů mluví na své děti pouze romsky, většina romských rodičů učí své děti i češtině, ale pouze tak, jak se ji naučili oni. Z toho vyplývá, že své děti učí také romskému etnolektu češtiny (14).

Jelikož školní tempo je poměrně rychlé, u dětí dochází k prohlubování jazykové bariéry. Tyto děti, které ztrácí kontakt s učitelem, protože mu nerozumí, se velmi brzy přestanou zajímat o školní práci. Děti jsou nesoustředěné a často mají kázeňské problémy. Učitel tyto problémy může chybně považovat za vývojovou poruchu typu lehké mozkové dysfunkce, avšak ve skutečnosti se jedná o to, že dítě ztratilo kontakt s učitelem i se třídou a chce na sebe upozornit. Proto by bylo dobré, aby učitel měl základní povědomost o struktuře romštiny, aby romské děti držely tempo a mohly se zapojovat do výuky. Také se romským dětem může stávat, že nepoznají barvy a to

pouze proto, že nerozumí českým slovům pro barevné rozlišení, avšak pokud učitelé použijí romská slova děti reagují správně (14).

Komunikace Romů je rozdílná a výjimečná a odlišuje se od mluveného projevu většinové společnosti. Aby komunikace mohla probíhat, je nutné, aby obě komunikující strany měly schopnost vnímat informace, zhodnotit informace a také je uchovávat nebo předávat. Komunikaci dělíme na verbální a neverbální. Verbální neboli slovní komunikací je myšleno dorozumívání se pomocí slov. Verbální komunikace má formu mluvené nebo psané řeči. Neverbální komunikaci používáme proto, abychom její pomocí řeč podporovali či zcela nahrazovali. Do neverbální komunikace zařazujeme haptiku (dotek), mimiku (výraz obličeje), kineziku (pohyb), posturologii (fyzický postoj), proxemiku (přiblížení či oddálení), gesta, pohledy a také úpravu zevnějšku. Při komunikaci Romové vynikají smyslem pro rozpoznání druhé osoby pouhým pohledem a intuicí. Romové přikládají větší důraz neverbální komunikaci než informacím, které jsou jim sdělovány. Velkou roli tudíž hraje empatie, neboť se brzy dokážou vcítit do pocitů druhých. Pro vytvoření bezproblémového vztahu je nezbytné získání důvěry. S ohledem na skutečnost, že komunikace Romů je naléhavá, hlasitější, doprovázená bohatými gesty i fyzickým přiblížením, je možné chápat vyjadřování silných dojmů jako přehánění, či upozorňování na sebe (23, 45, 59, 60).

Romové žijí neustále v přítomnosti, čas je pro ně pouze tok, který plyne a nedá se zastavit. Romové často používají při komunikaci grafických znaků a také řeč rukou. Postavení prstů, poloha dlaně a ruky tvoří soustavu kódů, kterými poskytují důvěrné informace při věštění nebo při styku s administrativními orgány (36).

1.8 Tradiční způsob života Romů

Tradiční způsob života Romů se velmi liší od stylu života Čechů. Rozdíl je způsoben odlišnou demografickou strukturou romské a české komunity. Rozdíly v pojetí tradičního způsobu života vyplývají i z rozdílného pojetí života Romů, přičemž tyto rozdíly mohou působit vzájemné nepochopení (60).

1.8.1 Romská rodina

Svazek muže a ženy v romské společnosti, který byl uzavřen na úřadě, v kostele, nebo uzavřený pouze podle romské tradice, je monogamní a celoživotní. Rozpadnout se může pouze pokud zůstává bezdětný (25).

„Romská etnická skupina žije na evropském území v 21. století ve struktuře rodových klanů. Pro Romy termín „rodina“ (familia, fajta) nepředstavuje intimní jednotku – manželský pár a jedno či dvě děti, případně prarodiče, ale veškeré široce rozvětvené příbuzenstvo, čítající často několik stovek lidí (14, s. 7)“.

Rodina je pro Romy velice důležitá, jelikož je zdrojem síly, pevných kořenů a také protože uspokojuje základní životní potřeby jejích členů. Romové, kteří kočovali nebyli na okolní společnosti závislí, ale naopak uvnitř rodiny byli na sobě závislí beze zbytku. Rodina byla zdrojem obživy, měla funkci vzdělávací (chlapci se učili v rodině řemeslu a dívky starat se dobře o děti a o manžela) a také funkci ochranou. Romové se proto se svoji rodinou velmi identifikovali (9, 50).

Romové považují za své blízké příbuzné všechny a romština má narozdíl od češtiny pojmenování i pro děti sestřenic či bratranců. Romové žili se svojí širší rodinou pohromadě v jedné osadě či čtvrti. Kromě pokrevního příbuzenství je pojily i rodinné tradice a vzájemná solidarita. Vyhnání z rodiny bylo největším trestem pro Roma, jelikož tím ztrácel veškeré sociální i lidské jistoty (9).

Počtem narozených dětí rodina zvyšovala či posilovala svoji prestiž, a to především chlapců, neboť jak praví jedno romské přísloví: „O čhave hin zor“, tedy: „V chlapcích je síla“. Proto si mladí rodiče přáli jako prvorozené dítě chlapce (muži určitě, ženy však ve skrytu duše doufaly, že první dítě bude děvče, které by bylo pro matku významnou pomocnicí v "ženských pracích"). Každé další dítě bylo vřele vítáno, jelikož

děti jsou největším bohatstvím romské rodiny. V romské rodině měla výchovu dětí na starosti především matka, ale o dítě se starali i ostatní členové rodiny. Romské děti vyrůstaly obklopeny třemi, někdy i čtyřmi generacemi v soudržném a okolnímu světu uzavřeném společenství (9, 28).

V romské rodině existoval rozdíl mezi rolí muže a ženy. Romská žena byla vychovávána tak, aby se dokázala o rodinu postarat. Základní povinností romské ženy bylo zabezpečit chod domácnosti, vychovávat děti a také poslouchat svého muže. Romská žena měla často ekonomicky důležitější roli, jelikož to byla ona, kdo musel zabezpečit přežití rodiny (zajistit jídlo, oblečení). Žena musela jídlo sehnat jakýmkoli způsobem, a to jak za vykonání nějaké práce pro gádže – sedláky (vymazávání pecí, práce na poli), sběrem lesních plodů (borůvky, maliny, šípky aj.) nebo také i žebráním (9, 28).

„Žena, která vede domácnost a má několik dětí to má velice těžké. Nesedí celý den na zadku (i když co by za to dala), ale od rána do večera maká. Ráno vstává brzo, musí navařit, uklidit, hlídat děti, rozčilovat se s nimi, nakupovat a veškeré vyřizování po úřadech, nebo po školách zůstává také na ni. Je to stejný kolotoč každý den. Chlapi to nechápou (31, str. 10)“.

Hlavou romské rodiny byl muž. Romský muž byl nositelem a ochráncem prestiže rodiny, rozhodoval a nesl odpovědnost za rodinu. Výdělek muže byl v mnoha rodinách pouze příležitostný, a proto muž trávil svůj čas sháněním zakázek, udržováním dobrých vztahů s příbuznými a přáteli, urovnáváním svárů mezi rodinami aj. Projevem vnějšího podřízeného postavení ženy je zvyk chodit několik kroků za mužem (9, 28).

Všichni členové romské rodiny se vzájemně podporovali a pomáhali si. Svobodní (ti jsou mezi Romy velkou vzácností) zůstávali u rodičů, sirotků se ujímala jiná rodina. Staří lidé byli opatrováni a hluboce váženi, nebyli vyloučeni ze života romské rodiny. V romské rodině bylo nemyslitelné dát děti do dětského domova či staré rodiče do domova důchodců. Rodiče dokonce odmítali posílat své děti do internátů, jelikož by tam byly bez dozoru a pomoci rodiny (9).

V romské rodině byla zajištěna ochrana sociální (nikdo nezůstal sám, o všechny bylo postaráno), psychologická (všechny problémy se řešily společně) a také i ekonomická (poskytovala obživu pro všechny) (9).

Výše popsaný model tradiční romské rodiny včetně rozdělení role muže a ženy a jejího širokého pojetí zůstává i v současné době, byť s malými obměnami, zachován.

1.8.2 Stravování v romské rodině

Ve stravě Romů jsou velké rozdíly, způsob stravování závisí na materiální stránce, na finančních prostředcích, ale také na stupni úrovně života a myšlení každé rodiny (17).

Dříve se stravování Romů dalo charakterizovat tím, že se vařilo, až když měli hlad, nebo také jednou denně, kdy se nejčastěji vařilo maso a polévky. Jídelníček byl většinou chudý a jednotvárný. Potraviny se nejčastěji upravovaly vařením, nebo pečením v ohništi obalené hlínou. Mezi základní suroviny patřilo maso, mouka, sádlo, brambory, zelí, kukuřice, zelenina a sůl. Cukr se příliš nepoužíval. Velmi oblíbené bylo vepřové maso, ať už vařené, pečené nebo uzené. Mezi nejznámější tradiční jídla romské kuchyně patří plněné zelné listy mletým masem nebo také slavnostní jídlo tzv. goja, což jsou plněná střeva bramborami a masem, dále halušky s masem, zelím, tvarohem nebo slaninou (20).

Tradiční romská jídla přetrvávají i v dnešní romské kuchyni. Romové mají v oblibě tučná a nezdravá jídla, tzn. jídla, které neprospívají zdraví a vedou k obezitě. Nejčastěji kupují bílé pečivo, salámy a uzeniny. Tak často, jako kupují ovoce a zeleninu, nakupují i různé majonézové saláty. Romové rádi pijí sladké limonády a jiné slazené tekutiny (20).

1.8.3 Vzdělání Romů

Pro zvýšení vzdělanostní úrovně Romů je důležité akceptovat etnické, sociální a kulturní odlišnosti ve výchovném a vzdělávacím procesu. Romské děti jsou dobře přizpůsobeny pouze určitému typu společnosti, ve kterém žijí, a proto se necítí dobře v českých školských zařízeních. Školní docházka se odvíjí od rozhodnutí rodiny.

Úroveň vzdělání romské společnosti je neobyčejně nízká. Projevuje se jak u starších věkových skupin, tak i u mladší věkové kategorie, která většinou prošla pouze základní školou bez další kvalifikace. Po ukončení povinné školní docházky se žáci romského původu dále hlásí většinou na nějaký učební obor, ovšem někteří přestanou do něj docházet již po velmi krátké době a někteří ani nenastoupí. Poměrně velké procento romských žáků zvolený učební obor nedokončí (56).

Takto nekvalifikovaná populace má omezené možnosti při výběru zaměstnání, proto většina Romů neobstojí v konkurenci na trhu pracovních sil a zůstává dlouhodobě bez zaměstnání (56).

Mezi některé příčiny romské školní neúspěšnosti patří např. odlišný vývoj jazyka, nedostatečná příprava na školu, u některých Romů nedocenění významu vzdělání, nižší informovanost některých dětí, která vyplývá ze sociální izolovanosti rodin a také nedostatečná připravenost učitelů pro práci s menšinami (56).

Vzdělání u Romů nezaujímá v jejich hodnotové orientaci příliš významné postavení. Vztah učitelů k romským žákům je ovlivněn úrovní vědomostí o romském etniku. K horšímu přístupu k romským dětem přispívá i tlak veřejného mínění, neuspokojivá spolupráce s romskou rodinou i nízká sociokulturní úroveň některých rodin (56).

1.8.4 Víra

Romové se přizpůsobili náboženství místního obyvatelstva – nejčastěji se hlásí ke křesťanství (splývání náboženských nauk, systémů a zvyků v nové formy náboženství je synkretismus), jejich patronkou je Černá Sára. Náboženské představy Romů stejně jako zvyky a rituály s nimi spojené se liší podle jednotlivých kmenů. V Čechách v některých rodinách romské tradice mizí - nejdéle se uchovávají tradice spojené se smrtí a narozením (8).

Romové věří v to, že duše člověka existuje i po jeho smrti. Víra v posmrtné kontakty s duchy zemřelých a kulturní úkony s nimi spojené se nazývá revenantismus, v romistické literatuře se o revenantech hovoří jako o tzv. múlech (8).

Romové se pravidelně každý rok sjíždějí mezi 24. – 25. květnem do francouzského městečka Les Saintes-Maries-de-la Mer, proto, aby uctili památku Černé Sáry. Sjíždějí se tam chudí i bohatí, mladí i staří, slavní i neznámí, všichni, kteří chtějí uctít památku Černé Sáry. Černá Sára se uctívá ve dvou rituálech. Prvním rituálem je přikládání a snímání rukou z jejích šatů. Především romské ženy hladí a líbají šosy jejích šatů. Černá Sára má na sobě mnoho šatů, protože romské ženy jí je nosí jako dar. Potom vedle ní zavěšují různé předměty, které jí přinesly. Mezi tyto předměty patří především kapesníky, hedvábné spodní prádlo či šátky. Druhým rituálem je procesí, které směřuje do moře, kde dochází k symbolickému ponoření. Muži naloží Černou Sáru na vůz, který táhnou koně a průvod se vydá k moři. Jako první vjíždí do moře vůz s Černou Sárou a v okamžiku, kdy se její šaty dotknou moře se i ostatní vrhají se do moře. Romové totiž věří, že jim mořská voda, kterou jim Černá Sára posvětila bude přinášet štěstí a zdraví (Příloha 5, 32, 33).

1.8.4.1 Fenomén smrti

Romové věří v existenci ducha, který opouští lidské tělo a zároveň je jinou formou pokračování lidského života. Duše se po smrti mění v ducha – múla, který je při těle až do pohřbu. Několik nocí před pohřbem se scházejí příbuzní v domě rodiny zemřelého. Múlo má několik podob - nemá tvář, bere podobu nějakého konkrétního živého člověka či někoho úplně cizího, v jiných případech vystupuje múlo ve své vlastní podobě, tak jak vypadal v době, kdy byl živý (8).

Múly lze rozdělit do několika kategorií, podle charakteru jejich příchodu na dobré múly, kteří přicházejí něco říci ostatním nebo i poradit a zlé múly, kteří chodí strašit. Nedodržování rituálů souvisejících s pohřbem znamená poskvrnění posvátna (8).

Víra v duchy zemřelých je i dodnes velice silná, a proto se Romové pohřebnímu obřadu velmi věnují. Celý pohřební rituál je důležitý proto, aby se udržel dobrý vztah se zemřelým. Aby Romové umírajícímu usnadnili odchod na onen svět, odeberou mu z lůžka polštář i peřinu. Ženě se rozpouští vlasy a sundávají se jí ozdoby, proto aby se mohla duše snadněji odpoutat od těla. Při posledním vydechnutí se musí všechna zrcadla svésit nebo se musí alespoň otočit nebo zakrýt látkou. Tento zvyk má

ochraňovat živé před světem duchů. Romské ženy svým pláčem provázejí smrt blízkých osob, což znamená projev emocí a také je to způsob, kterým tuto smutnou novinu oznamují sousedům. Romové si sami upravují tělo zemřelého na poslední cestu. Oči se zemřelému zatlačují mincemi, kvůli tomu, aby si s sebou ještě někoho nevzal. Nebožtík, který je oděn do svátečního oblečení, je uložen do rakve postavené na dvou židlích uprostřed místnosti. Mrtvému se nechávají prsteny, hodinky, brýle i další osobní předměty. Do rakve se ještě navíc přidává placatka alkoholu, cigarety nebo fajfka. Součástí pohřební výbavy jsou peníze, protože na onom světě je budou po mrtvém požadovat. Proto se vkládají do kapsy nebo do dlaní mrtvého. Romové drží stráž u otevřené rakve tři dny. Do desáté hodiny večerní se střídají muži i ženy, večer už pak pouze muži. Sedí v místnosti s mrtvým nebo ve vedlejší místnosti tak, aby na rakev viděli. Při této příležitosti si vyprávějí romské pohádky a příběhy, vzpomínají na mrtvého nebo hrají karty. Zakázán mají tanec i zpěv. Alkohol mohou popíjet, avšak nikdo by se neměl opít. V den pohřbu se smuteční hosté shromáždí u rakve a každý by měl mrtvého poprosit za odpuštění a sám mu také odpustit. Při cestě na hřbitov soustředí Romové svou pozornost na faráře, jelikož kdyby se třikrát otočil, brzy by zemřel někdo další. Smuteční průvod musí doprovázet romská hudba (42).

V době, kdy se ostatní účastní pohřbu, několik žen připravuje hostinu. I pro duši zemřelého je připraven talíř s občerstvením, který se dává na stůl nebo za okno spolu se sklenkou tvrdého alkoholu. Po skončení pohřební hostiny se mohou opět pověsit zrcadla a natáhnou hodiny. Všechny věci patřící mrtvému se spálí. Smutek se drží přibližně jeden rok. V tomto období se blízké pozůstalé osoby nezúčastňují svateb ani zábav a nesmějí zpívat. Hrob chodí navštěvovat ve svátky a také při výročí smrti. Mrtvému nosí květiny, svíčky a i alkohol. Zvykem je láhev zasypat či její obsah vylít na hrob (42).

1.8.5 Romská žena, její postavení v rodině a kultura

„Kultura je jedním z faktorů, které významnou měrou ovlivňují duševní zdraví, duševní stav člověka a péči o duševní zdraví (28, s. 227)“.

Kultura významně ovlivňuje kvalitu života, protože působí na hodnoty a potřeby člověka. Romská kultura může být dokladem velké vnitřní síly a energie Romů a také může být spojovacím můstkem mezi Romy a „neromy“. Kultura také ovlivňuje zastávání vlastní role prostřednictvím výchovy v rodině, ovlivňuje komunikaci, hodnotový systém, identitu člověka, usměrňuje prožívání a projevy emocí. Tedy kultura je soubor idejí, hodnot, stylů života, norem a způsobů řešení běžných životních problémů (6, 28, 43).

Mladá romská dívka se během dospívání učila být dobrou ženou. Před svatbou mohla dívka chodit do společnosti jen za doprovodu otce, bratra či za doprovodu svého budoucího muže. Když se dívka zasnoubila, tak většinou odcházela bydlet do domu rodiny svého budoucího manžela. Budoucího manžela romským dívkám většinou vybírali rodiče. Takto smluvená svatba se mohla uskutečnit pouze za předpokladu, že obě rodiny byly v přátelském vztahu a na stejné materiální úrovni. Jen zřídka se stávalo, že se do sebe zamilovali dívka s chlapcem proti vůli rodičů (38).

Dívka v nové rodině stála v hierarchii na nejnižším místě, protože je v rodině cizí, je mladá a je žena. Úkolem tchýně bylo učit mladou dívku (snachu) zvyklostem u nich v rodině, a od dívky se zase očekávalo, že bude čistotná, poslušná a nebude odmlouvat. Tchýně si dívky nevážila, často ji nadávala a dokonce ji i bila, ale toto se odehrávalo pouze uvnitř v rodině, navenek se rodina s dívkou chlubila a vychvalovala ji. Pouze pokud se dívka v rodině osvědčila a porodila svému muži dítě, tak byla do rodiny přijata jako její plnohodnotný člen (38).

Proto, aby mohli dva mladí spolu začít žít a mít děti, bylo nutné uskutečnit zasnubní obřad. Před svědky si oba slíbili vzájemnou věrnost až do smrti. Touto událostí byli romským společenstvím považováni za manžele, kteří spolu mohou žít, plodit a vychovávat děti. Když už spolu měli jedno či dvě děti tak se mohla uskutečnit občanská nebo církevní svatba. Takto uzavřené manželství bylo na celý život. Rozchod byl povolen pouze v případě neplodnosti či nevěry ženy (38).

U mužů je nevěra tolerována, avšak u žen ne. Partner romské ženy ji za nevěru může vyhnat z domu, zbít, potupně ostříhat či uříznout kousek nosu. Milenec musí manželovi zaplatit za to, že zneuctil jeho ženu (13).

1.8.6 Svatba a křtiny v romské rodině

Svatba v romské rodině je velkou událostí jak v životě jedince, tak v životě rodiny i celé komunity. Sňatek na úřadě u Romů znamenal pouze formalitu, a proto mu většinou předcházely zasnuby. V minulosti byly sňatky často uzavírány v kostele, protože poté bylo snadnější nechat dítě pokřtít, což má pro Romy velký význam. Civilní svatba se výrazně neliší od svatby v majoritní společnosti. Romská svatba bývá velkolepá. Finanční náklady a povinnosti související s přípravou svatební hostiny se rovnoměrně rozdělí do obou rodin. Na romské svatbě nesmí chybět romská hudba. Svatební noc měla svou důležitou funkci především v minulosti. Zda je nevěsta poctivá, se ověřovalo a záviselo na tom její postavení v ženichově rodině. V některých romských rodinách bylo zvykem, že před sexuálním aktem si muž zapálil cigaretu, do které mu byly přibaleny chloupky z podpaží nevěsty. Tato praktika se prováděla, protože měla vnést do života manželů lásku, věrnost a spokojenost (22, 42).

Do poloviny těhotenství by se měli budoucí rodiče rozhodnout, koho si vyberou pro své dítě za kmotra, a oficiálně ho požádali. Romové dbají na to, aby dítě bylo co nejdříve pokřtěné. Kmotrovský vztah je považován za závazný po celý život. Ještě před tím, než šlo děťátko ke křestnímu obřadu, podvázala mu kmotra košilku šňůrkou a do takto vzniklého uzlíku nasypala špetku soli. Do peřinky dala kmotra děťátku trochu peněz. Děvčátko by mělo dostat od kmotry řetízku či náušnice a chlapec by měl dostat hodinky. Kmotr měl dále za povinnost obstarat pohoštění. I dnes se romské děti křtí, jelikož převážná většina Romů věří v existenci nástrah a nebezpečí, které ohrožují nepokřtěné dítě (22, 29, 42).

1.8.7 Zdraví a prožívání nemoci u Romů

Světová zdravotnická organizace v roce 1984 zveřejnila definici zdraví. „Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života. Jde o pozitivní koncepci, která zahrnuje společenské a osobní zdroje stejně jako fyzické možnosti (30, s. 12)“.

Zdraví pro Romy znamená fyzickou odolnost, určité sociální zajištění a také toleranci majoritní společnosti. Zdraví je v romském hodnotovém žebříčku na třetí příčce (po lásce a rodině). Pokud jsou Romové hospitalizováni v nemocnici, je pro zdravotníky poměrně náročné se o ně starat, jelikož jim Romové nedůvěřují. Značným problémem také může být komunikace s rodinou hospitalizovaného. Proto je důležité zjistit komu z rodiny poskytovat informace a kdo se zdravotníky za rodinu bude jednat. Někdy se tento kontakt s rodinou nepodaří navázat, a to pak může zanechat následky na zdraví nemocné osoby. Romové mívají poměrně velký strach z bolesti a ze smrti, bývají velmi emotivní a často nahlas sténají. Ženy bývají úzkostné a některé z nich mohou špatně snášet hospitalizaci. (11, 28).

Psychickou zvláštností Romů je, že mohou mít slabší vytrvalost, trpělivost a hlavně slabší vůli. Pokud jsou Romové bez své rodiny, mají často pocit méněcennosti a ten se může projevat zvýšenou agresivitou neochotou spolupracovat. Na druhou stranu jsou spontánní, mají obrovskou citlivost vůči nespravedlnosti a mají živý temperament (28).

Zdraví ženy je determinováno faktory, kterými se liší žena od muže. Tyto faktory mají biologický, psychologický, spirituální a sociální aspekt a vzájemně jsou propojené a mohou se ovlivňovat. Mezi rizikové faktory, které mohou ovlivňovat zdraví romských žen, ale i romských mužů, patří zejména kouření, užívání drog, konzumace alkoholu, pohybová aktivita, stravovací návyky, sexuální život, antikoncepce a také plánované rodičovství (28).

1.8.7.1 Léčitelství a jeho důležitost v romské rodině

Zřejmě nejznámějším z romského lidového léčitelství je fenomén začí, jinak řečeno víra v uhranutí. Uhranout člověka může Rom buď úmyslně nebo také pouhým omylem. Uhranutí se projevuje především nevolností, slabostí či podrážděností, nebo také zimnicí a různými bolestmi. Uhranutí je léčitelné a lze ho zjistit pomocí uhlíků z ohniště a zařkáváním. Existuje také určitá ochrana před uhranutím, která se zajišťuje pomocí odvádění pozornosti, a to kupříkladu zkřížením nohou, rukou či nošením různých talismanů (11).

Další prvky léčitelství se nacházejí ve všem, co se týká romské ženy. Patří sem neplodnost, potrat, porod, období šestinedělí nebo i menstruace a přechod (11).

V každé romské osadě vždy byla jedna, dvě nebo i více starších zkušených žen, které znaly léčivé byliny i léčebné praktiky. I dnes je celá řada Romů přesvědčena, že tyto byliny a léčebné prostředky jsou mnohem účinnější a zdravější než praktiky lékařů. Některé tyto praktiky měly racionální jádro a některé vycházely pouze z magických představ. Když léčba nezabrala, tak na vině nebyl léčebný prostředek, ale pacient. Léčebné prostředky a přirozené léky byly účinné pouze proti přirozeným chorobám. Mnoho chorob mělo jinou příčinu, jako například hněv boží, dědičný hřích, nezodpovědnost těhotné ženy vůči plodu apod. proti takovýmto chorobám byly přirozené prostředky neúčinné a proto se přistupovalo k prostředkům magickým, duchovním nebo i náboženským (2).

Je známo mnoho léčitelských romských postupů jako například recept proti unavené pleti – u žen po porodu léčí květy černého bezu a citrón. Dno hliněné nebo porcelánové nádoby přikryjeme plátky citrónů, na které naklademe květy černého bezu, nejlépe čerstvé a na to další citrónové plátky. Nádoba se naplní až po okraj vařící dešťovou vodou, nádobu je možno zakrýt a nechat vyluhovat 24 hodin, procedit, slít do malých lahviček, uložit v chladnu a temnu. Pravidelné potírání vrátí pleti dřívější pružnost. Dalším romským receptem je recept k posílení dětského těla - 150 g šípkových květů, nasbíraných v nejteplejší denní době se dá do porcelánové nádoby, přelije se 1 litrem jablečného octa, ve kterém se namáčelo 100 g jablečných slupek (od večera do rána). Poté se tato nádoba ponoří na 20 minut do kotlíku s vařící vodou. Vše se nalije do láhve, řádně zazátkuje, zavoskuje a na 10 dní zakope do země. Pak se procedí a používá k potírání. Takovýchto romských receptů je celá řada, mohou být zaměřeny na astma, bércové vředy, zácpu, průjmky, kašel, únavu a další jiné potíže (Příloha 6, 49).

1.9 Reprodukční zdraví romských žen

Reprodukčním zdravím se v základním pojetí rozumí schopnost otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě, ale také zajistit dostatečné zdraví dítěte. To se týká období prekoncepčního, koncepčního, období těhotenství a porodu a i doby poporodní. K problematice reprodukčního zdraví nelze přistupovat pouze z hlediska biologického či medicínského, ale i z dalších hledisek, jako jsou pojetí zdraví, kam patří jednotu tělesného, psychického a sociálního blaha jedince či jeho společenských skupin. Péče o reprodukční zdraví je záležitostí každé ženy, rodičů, i řady odborníků, jako jsou např. psychologové a psychoterapeutové, ale i záležitostí lidových léčitelů (19).

Dětský věk z gynekologického pohledu můžeme rozdělit do tří období. Jako první období je období novorozenecké, kdy je organismus dívky pod vlivem mateřských estrogenů. Délka tohoto období je přibližně 6–8 týdnů po porodu. Klidové období je druhým článkem gynekologického dělení, je charakteristické tím, že hladina estrogenů je téměř nulová. Což znamená, že reprodukční orgány ženy jsou ve stavu úplného funkčního klidu. Třetí období se nazývá obdobím pohlavního dospívání, jehož důsledkem je soubor změn známých jako puberta (41).

1.9.1 Období novorozenecké

V novorozeneckém období se z pohledu péče o reprodukční zdraví žen jedná především o diagnostiku vrozených vývojových vad reprodukčních orgánů. Můžeme sem zahrnout především vrozené vývojové vady zevních pohlavních orgánů. Jsou to vady, které zpochybňují pohlavní identifikaci jedince, kdy je třeba určit pohlaví nebo se také jedná o vady odchýlného vyústění močové trubice (41).

1.9.2 Období klidové

V tomto období bývá hlavním důvodem návštěvy gynekologa hlavně krvácení, výtok z rodidel, bolesti břicha či úrazy rodidel. Úrazy rodidel bývají nejčastěji způsobeny pádem rozkročmo na tvrdý předmět nebo se také může jednat o zavádění předmětů či prstů do pochvy (41).

1.9.3 Období pohlavního dospívání

Během období pohlavního dospívání bývá důvodem k návštěvě gynekologa zájem o předepsání antikoncepce, výtok z rodidel, krvácení, bolesti břicha, poruchy dospívání dívek a také sem v neposlední řadě patří poruchy menstruačního cyklu. Pohlavní dospívání dívky (puberta) lze sledovat především ve změně sekundárních pohlavních znaků, kdy je typické zvětšování prsní tkáně, pubické a axilární ochlupení a také se rozvíjí zevní i vnitřní rodidla. První menstruace se fyziologicky objevuje mezi 10–15 rokem života dívky (41).

1.9.4 Plánované rodičovství

Plánované rodičovství znamená snahu partnerské dvojice mít děti v období pro rodinu optimálním či naopak zabránit nežádoucímu těhotenství. Plánované rodičovství tudíž znamená, že zplodění dítěte nemá být náhodné nebo nechtěné, ale plánované a uvědomělé. Plánované rodičovství lze rozdělit na pozitivní a negativní plánované rodičovství. Pozitivní plánované rodičovství zahrnuje touhy a přání manželů zplodit dítě v určitém termínu. Z toho vyplývá důležitý fakt pro zdravotnictví a to, že je nutné pečovat o neplodná manželství. K pozitivnímu plánování patří i opatření státu ke zlepšení populačního vývoje. Patří sem například mateřská dovolená, mateřské příspěvky, rodinné přídavky a další. Negativní plánované rodičovství se zejména projevuje opatřeními a snahou zabránit těhotenství, jedná se o antikoncepci (37).

1.9.5 Antikoncepce

Antikoncepční prostředky a různé praktiky byly známy už ve středověku, avšak většina dnes užívaných antikoncepčních způsobů se vyvinula až ve 20. století. Cílem antikoncepce je zabránění nechtěnému těhotenství. Přírodní metody, při kterých se využívá neplodných dnů nebo přerušovaný pohlavní styk, jsou málo spolehlivé. Bariérové a chemické metody, jako jsou např. kondom nebo spermicidní prostředky, jsou výhodné, jelikož chrání před sexuálně přenosnými chorobami a zároveň jsou více spolehlivé než přírodní metody. Hormonální antikoncepci může lékař předepsat se

souhlasem rodičů i dívky mladší patnácti let, ale mělo by to být z medicínského hlediska alespoň 2 roky od prvních měsíčků – menarche (41).

1.9.6 Neplodnost

Neplodnost znamená neschopnost počít dítě, i když se o to partneři snaží. Nejčastější příčiny neplodnosti ženy jsou způsobeny poruchami ovulace, abnormalitami vejcovodů, dělohy, hrdla a vaječníků nebo hormonálními abnormalitami. Bezdětnost je pro Romy nejvyšší formou neštěstí. Bezdětnou ženou okolí pohrdá a manžel ji může kdykoliv opustit. Neplodnost byla brána jako trest za prohřešek romské ženy. Dříve se stávalo, že neplodná romská žena si vzala za své dítě například dítě sestry. V dnešní době se setkáváme i s tím, že si romská rodina adoptuje dítě z dětského domova a nebo podstoupí některou z metod umělého oplodnění (11, 34, 36).

1.9.7 Potrat

Potrat je chápán jako vypuzení mrtvého plodu do 24. týdne těhotenství a nebo také vypuzení mrtvého plodu s hmotností do 1000 g, který nejeví ani jednu ze čtyř známek života (dech, akce srdeční, pulsace pupečníku a aktivní pohyb svalstva). Dále se potratem rozumí porod živého dítěte, které má hmotnost do 500 g, ale které zemře do 24 hodin (58).

Pokud romská žena potratila, byla považována za nemocnou a nebo také se tradovalo, že může být začarovaná. Příčinou potratu mohlo být také to, že romská žena uviděla něco nečistého nebo, že potratila kvůli zvedání těžkých věcí. Pokud měla romská žena po potratu silné bolesti a hodně krvácela, dával se jí vypít rum s pepřem a na břicho se jí pokládal teplý polštář. Naopak pokud romská žena chtěla potratit např. z důvodu, že už doma měla více dětí, tak si převažila červené víno, přidala jalovec a tuto tekutinu vypila (11).

1.9.8 Těhotná romská žena

Těhotenství má pro Romy veliký význam. Počtem narozených dětí romská rodina posiluje svou prestiž. To, že si mladí rodiče přejí jako prvorozené dítě chlapce,

poukazuje na dominantní postavení mužů v rodině. Pokud si romská žena byla jistá svým těhotenstvím, tak nejprve tuto zprávu sdělila ženám v rodině a teprve po tom svému muži. Od tohoto okamžiku se romská žena musela řídit různými pravidly jako je například, že se nesměla dívat na tělesně postižené lidi, na magicky zneužitelná zvířata (především plazy) nebo na zesnulého. Romové totiž věří, že dítě, které se má narodit by získalo podobu zvířete. Také se těhotná žena musí vyhýbat zvířatům, která mají srst, protože Romové věří, že by dítě bylo porostlé srstí. Také ve stravovacích návycích těhotných romských žen jsou určité rozdíly. Těhotná žena by se neměla nijak omezovat a měla by dostat vše na co má chuť včetně alkoholu. Naopak by neměly jíst příliš často kyselé, proto, aby neměly zlé děti. Také by měly omezit příjem masa a mléka, aby dítě nebylo nemocné. Důležité je, aby se těhotná žena nelekla, protože by mohlo dojít k potratu či předčasnému porodu. Po dobu těhotenství nesmí romská žena nosit pásky a náhrdelníky, to proto, aby dítě nemělo okolo krku omotanou pupeční šňůru (38, 39, 54).

Romové také věří, že to jaké bude mít dítě pohlaví, lze určit podle kvality pleti, tvaru břicha nebo také chuti ženy k jídlu. Když má žena nečistou pleť a kulaté břicho narodí se jí holčička. Pokud má žena břicho špičaté a má čistou pleť, tak čeká chlapce. Romská žena v těhotenství může vykonávat všechny práce. Pokud by se žena šetřila, může to pro ni znamenat těžký porod. Do společnosti by romská žena měla chodit pouze za doprovodu svého manžela a pouze zřídka (22, 39, 47).

1.9.9 Porod a šestinedělí u romské ženy

Porod je vyvrcholením celého těhotenství a je rozdělen do čtyř částí. První doba porodní je charakterizována pravidelnými děložními kontrakcemi, které mají za následek otevírání děložního hrdla a končí zánikem branky děložní. Průměrně trvá 8 – 10 hodin u prvorodiček a 6 – 7 hodin u víceroďiček. První doba porodní má tři fáze – latentní, aktivní a přechodnou fázi. Při latentní fázi postupně nabývají kontrakce na síle a intenzitě. Během aktivní fáze se zvyšuje frekvence porodních bolestí. Při přechodné fázi jsou velmi silné kontrakce, jednou za 2 – 3 minuty. Druhá doba porodní je stadiem od zániku děložní branky do vypuzení plodu, což znamená průchod

plodu z dělohy porodním kanálem za aktivního tlačení rodičky a porod plodu do vnějšího světa. Třetí doba porodní je charakterizovaná porodem placenty. Začíná po porodu novorozence, kdy je přerušena pupečník a končí odloučením a vypuzením placenty. Čtvrtá doba porodní začíná po porodu placenty, trvá 2 hodiny, kdy žena leží v klidu po porodu na porodní sále a je sledována porodními asistentkami, které sledují krvácení, fyziologické funkce a stahování dělohy (18, 27, 34, 58).

Romské ženy zřídka kdy navštěvují předporodní kurzy, protože většinou se na porod připravují doma, kde jim pomáhají starší zkušené ženy. Pondělí a pátek jsou dle Romů nešťastnými dny pro narození dítěte. Porod se považuje za nečistý akt. V minulosti těhotná žena do poslední chvíle pracovala, a když na ní přišel porod, tak manžel zavolal porodní bábu, která měla i magickou funkci. Porodní bába před tím než přestříhla a zavázala pupeční šňůru, připravila rodičce kouzelný nápoj proti démonům, kteří by mohli do novorozence vstoupit (36, 38, 48).

Romské ženy nerady rodí v porodnicích, protože nevěří lékařům, a tak se stává, že často ihned po porodu utíkají za svými dalšími dětmi a mužem, kterého je potřeba pohlídat, aby nezačal chodit za jinou ženou. I dnes se občas stává, že ještě někdy děti přicházejí na svět doma v kuchyni (14).

Šestinedělí je období života ženy, kdy dochází k bio-psycho-sociálním změnám, které mohou zkreslovat klinický obraz jakékoli nemoci. V šestinedělí je nutné dodržovat zvýšenou hygienu, která snižuje riziko vzniku zánětlivých onemocnění. Zejména sem patří oplachování či sprchování po každé stolici a močení. Hygiena rukou je také velmi důležitá, protože při nedostatečné hygieně rukou může docházet k přenosu infekce na novorozence (16, 27).

1.9.9.1 Novorozenec romské ženy a jeho magická ochrana

Romské matky na novorozence příliš nemluví, jelikož to považují za zbytečné, za to se jich, ale hodně dotýkají. Obecně je kontakt mezi členy rodiny více haptický (dotykový), poněvadž jsou rádi blízko sebe a rádi se vzájemně dotýkají (14).

Mezi Romy je rozšířena představa, že nepokřtěnému dítěti hrozí nebezpečí, v nestražené chvíli může přijít negativní bytost a vyměnit novorozence. V mnoha

případech Romové používají amulety, které novorozenci zabezpečí ochranu před nečistou bytostí (hřeben, nůžky, nožík, mýdlo, růženec, chléb, sůl, modlitební knížka, zrcadlo). Pokud je dítě pokřtěné, negativní síla už dítěti nemůže ublížit (8).

Romskému dítěti hrozí po narození i další nebezpečí – tzv. uhranutí, pozná se to podle toho, že dítě je nepokojné, nespí, pláče, odmítá jíst aj. Pokud nechceme, aby dítě bylo uhranuté, musí každý, kdo se na něj podívá, symbolicky třikrát odplivnout a současně mu požehnat (8).

1.9.10 Klimakterium

Klimakterium zahrnuje přechod reprodukčních orgánů ženy z aktivity reprodukčního období do klidu. Je to poměrně dlouhé období zhruba od 45. roku věku ženy do 60. roku věku ženy. V tomto období zhruba mezi 45. – 52. rokem věku ženy pomalu ustává menstruace, tento jev se nazývá menopauza. Menopauzu můžeme rozdělit na premenopauzu a postmenopauzu. Premenopauza začíná kolem 45. roku. Postmenopauza je obdobím po poslední menstruaci do 60. roku, kdy žena přejde do období stáří. Pro toto období se dnes používá termín pozdní postmenopauza. Tím, že jsou ovária vyřazena ze systému hormonálního řízení činnosti rodidel dochází k řadě změn, případně poruch. Tento jev se nazývá klimakterický syndrom. Do klimakterického syndromu řadíme změny, které můžeme rozdělit na symptomy genitální a extragenitální. Extragenitální změny můžeme sledovat ve změnách psychických, somatických a i neurovegetativních. Tyto změny se u každé ženy projevují v jiné intenzitě a mnohé z žen prožívají klimakterium bez větších obtíží (37).

V menopauze se ženám předepisuje terapie hormonální substitucí z důvodu zmírnění nepříjemných příznaků menopauzy. Při terapii hormonální substitucí se používají tři různé režimy, které se podávají dle potřeb ženy. Cyklický režim využívá podání estrogenu ve specifických periodách, často 25 dní, po dobu několika dní v měsíci se doplní progestinem. V kombinovaném režimu se podává estrogen a progestin trvale. V posledním režimu se podává pouze estrogen, tento režim se využívá u žen, které podstoupily hysterektomii (34).

1.9.10.1 Mamografie

Mamografické vyšetření prsů je základní zobrazovací metodou u většiny žen. Mamografické vyšetření se provádí na přístroji zvaném mamograf, jenž využívá tzv. měkké rentgenové záření. Při vyšetření se prs musí dostatečně stlačit, to je důležité pro dosažení vysoké kvality snímku. Lepší je naplánovat mamografické vyšetření po menstruaci, jelikož jsou prsy vláčnější a proto je vyšetření méně nepříjemné. Mamografie je vhodná pro vyšetřování žen s příznaky onemocnění prsu a také pro screening (vyhledávání časných forem nemocí nebo odchylek od normy). Mamografický screening znamená pravidelné preventivní vyšetřování žen, které nemají jakékoli příznaky onemocnění s cílem zachytit rozvíjející se onemocnění v co nejčasnějším stadiu. Screeningová mamografie je hrazená ze zdravotního pojištění ve věku od 45 do 69 let ve dvouletých intervalech a s žádankou od praktického lékaře či gynekologa (34).

1.10 Ošetřování romské ženy a respektování léčby romskou ženou

Ošetřování pacientů romské národnosti je velice náročné, protože jsou nedůvěřiví ke zdravotnickému personálu, komunikace s nimi bývá obtížná, často se při nesplnění požadavků projevuje jejich agresivita a také protože nejsou zvyklí prosit ani děkovat (38).

Romské ženy se často dožadují návštěv mimo návštěvní hodiny, shlukují se na pokoji, čímž mohou rušit ostatní pacientky a také tím mohou narušovat chod oddělení. Další potíží bývá komunikace s rodinou ženy. Proto je důležité si zjistit, komu z rodiny budeme poskytovat informace a kdo z rodiny bude jednat se zdravotníky. Většinou je touto osobou muž, jakožto hlava rodiny. Romské ženy v roli pacientky bývají citlivé na bolest, bývají emotivní a často nahlas sténají, třeba jen proto, aby na sebe upozornily. Léčbu dodržují jen tak dlouho, dokud neustoupí příznaky nemoci. Ke každé romské ženě je třeba přistupovat individuálně (38).

1.10.1 Lékařská péče u praktických gynekologů – prevence

Mnoho romských žen nenavštěvuje svého gynekologa na pravidelné preventivní prohlídky, protože je považují za zbytečné a také se jim často vyhýbají. Preventivní prohlídky se provádějí především kvůli nádorům děložního čípku. Proto jsou pravidelné preventivní prohlídky u gynekologa důležité (4).

V České republice je obvyklé provádět preventivní gynekologické prohlídky jedenkrát ročně. Tento interval vyšetření je nutný proto, aby lékař včas zachytil případný rozvíjející se karcinom děložního čípku (4).

Gynekolog ještě před samotným vyšetřením projedná se ženou její zdravotní stav, případné obtíže, antikoncepci a také se ženy zeptá na datum poslední menstruace. Tato informace je důležitá, protože si lékař může spojit to, co vidí, s konkrétní fází menstruačního cyklu. Obecně se doporučuje preventivní prohlídky plánovat v prvním týdnu po menstruaci. Prohlídka prsů ještě není zcela běžná v českých gynekologických ordinacích, avšak měla by být součástí preventivní prohlídky. Řada lékařů však toto vyšetření vynechává. Pokud má žena zájem o vyšetření prsů a její lékař jí ho neprovádí, měla by si žena s lékařem o tom promluvit. Lékař při vyšetření genitálu může

diagnostikovat záněty pochvy, děložního čípku, některé nádory nebo infekční onemocnění. Lékař při vyšetření genitálu používá gynekologická zrcadla, která mohou být plastová, ty jsou na jedno použití nebo mohou být tyto zrcadla kovová, která se opakovaně sterilizují. Gynekolog díky zrcadlům pak může detailně prohlédnout děložní čípek tzv. kolposkopem. Lékař poté z děložního čípku odebere stěr speciálním kartáčkem, který slouží k cytologickému vyšetření. Výsledky cytologického vyšetření se uvádějí jako tzv. stupně CIN. Stupeň I představuje normální nález, avšak vyšší čísla značí menší či větší rozsah prekancerózního stavu. Pokud cytologické vyšetření naznačilo prekancerózní stav, lékař si ženu pozve na odběr dalšího vzorku pro histologické vyšetření. Histologické vyšetření je o něco agresivnější než běžné cytologické vyšetření, a také proto se toto vyšetření provádí za lokálního umrtvení. Při histologickém vyšetření lékař speciálními kleštičkami vystříhne z děložního čípku kousek podezřelé tkáně. Po tomto zákroku žena mírně krvácí. Mezi pravidelnou gynekologickou prohlídkou je dále zařazeno vyšetření pohmatem, kdy je úlohou lékaře prohmatat orgány malé pánve (vaječníky, vejcovody, děloha). Lékař tyto orgány prohmatává přes pochvu (u panen přes konečník) a břišní stěnu. Někdy se toto vyšetření také doplňuje o ultrazvukové vyšetření (3).

1.10.2 Karcinom děložního čípku

Karcinom děložního čípku představuje jedno z nejrozšířenějších ženských onemocnění. Toto onemocnění způsobuje tzv. Human papillomavirus (HPV) a jedná se o nejčastější pohlavně přenosnou infekcí. U tohoto typu rakoviny byla prokázána přímá souvislost mezi virovou nákazou a následným onemocněním. Karcinom děložního čípku je v České republice každoročně diagnostikován zhruba u tisíce žen a přibližně 400 z nich na tuto nemoc zemře (5, 10, 41).

Human papillomavirus (dále jen HPV) je běžný virus, existuje více než 100 typů HPV a převážná většina z nich je neškodná. HPV lze rozdělit na dvě skupiny podle míry rizika na nízké rizikové a vysoce rizikové. Méně rizikové typy virů 6 a 11 vyvolávají např. genitální bradavice, avšak i z nich se může vyvinout karcinom. Mezi vysoce rizikové typy patří především HPV 16 a 18, dále 31, 33 a 35, ty jsou zodpovědné

za více než 70 % případů karcinomu děložního čípku na celém světě. HPV infekce probíhá bez příznaků a změny na děložním čípku způsobené HPV virem bývají odhaleny při gynekologické vyšetření. HPV viry se přenášejí sexuálním stykem, ale také dotykem s kůží nakaženého partnera v genitální oblasti (5, 10, 41) .

Při gynekologickém vyšetření lze změněné buňky zachytit již v počátečním stádiu nemoci pomocí cytologického stěru kartáčkem Cytobrush z děložního čípku. Všechny pacientky s abnormálním nálezem je nutné sledovat, aby se předešlo vzniku karcinomu (10).

Důležitá je prevence karcinomu děložního čípku, která spočívá v pravidelných gynekologických prohlídkách, alespoň jedenkrát za rok. Preventivní stěr děložního čípku je jednou ročně hrazen pojišťovnou. Avšak i při dodržování preventivních prohlídek nelze zabránit vzniku infekce, ale díky prevenci je možné včas zahájit vhodnou léčbu. Mezi další metody prevence můžeme zařadit očkování, které chrání proti agresivním typům HPV. Očkování je určeno dívkám, které ještě nezahájily svůj pohlavní život, ale také je určeno ženám, které jsou již sexuálně aktivní. Očkováním se předpokládá ochrana po dobu až 30-ti let. Vakcína se aplikuje ve třech dávkách a cena se pohybuje okolo 10 000 Kč. Protože se jedná o profylaktickou vakcínu, je vhodné zahájit vakcinaci před zahájením sexuálního života, tj. mezi 9. – 15. rokem. Při vakcinaci je aplikována dávka v 0., 2. a 6. měsíci. V současnosti jsou k dispozici 2 vakcíny. Od roku 2006 je to tetravalentní vakcína pod komerčním názvem Gardasil (v části EU se nazývá Silgard). Je účinná proti vysoce rizikovým typům HPV 16 a 18, proti cervikálním a vulválním dyspláziím (VIN 2 a 3) a nízko rizikovým typům HPV 6 a 11. Druhá vakcína, pod názvem Cervarix, je u nás dostupná od října 2007. Je divalentní, působí proti vysoce rizikovým typům HPV 16 a 18 a je určena též k prevenci vysokého stupně cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN stupně 2 a 3). Doporučena je dívkám a ženám ve věku od 10 do 25 let a aplikuje se v 0., 1. a 6. měsíci (5, 10, 41).

1.11 Aplikace modelu Gigerové-Davidhizarové do ošetrovatelské péče romských žen

Model Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové byl vytvořen roku 1988 k usnadnění hodnocení a poskytování péče pacientům odlišného etnika kultury. Tento model slouží k usnadnění a urychlení holistické, kulturně ohleduplné ošetrovatelské péče a hodnotí stav potřeb klienta/pacienta. Tento model se nazývá modelem kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče. Tento model vychází z transkulturního ošetrovatelství Madeleine Leiningerové. Holisticky chápané zdraví zahrnuje jedince jako celek, jeho tělesnou zdatnost, zvládání stresu, reakce na prostředí, duchovno a další (46, 57).

Metaparadigma modelu zahrnuje za první: kulturně citlivé prostředí – kulturně různorodá zdravotní péče je poskytována v různých typech zdravotnických zařízení; za druhé: transkulturní ošetrovatelství – praxe je orientována na klienta a je podložena výzkumem; za třetí: kulturně způsobilou péči – je důležitá pro rozvoj poskytování kulturně uzpůsobené péče; a za čtvrté: kulturní jedinečnost jedinců – jedinec je kulturně jedinečná a neopakovatelná bytost a je produktem minulých zkušeností, hodnot a norem (57).

Každý jedinec je kulturně unikátní bytost, která má být hodnocena v šesti kulturních fenoménech, do kterých je zařazena komunikace, interpersonální prostor, pojetí času, sociální začlenění, vliv prostředí a výchovy a biologické odlišnosti.

Kulturně svébytný jedinec – patří sem zejména zařazení klienta/pacienta dle kultury a rasy, dále místo odkud klient/pacient pochází a časový posun oproti domovské zemi.

Komunikace – je hodnotou, která je v kultuře ochraňována a přenáší se. K výuce samotné kultury se používá verbální a neverbální komunikace. Nejčastějším problémem při spolupráci s klienty jiných kultur bývá právě komunikace. Patří sem používaný jazyk, výslovnost, kvalita hlasu či používání neverbální komunikace.

Interpersonální prostor – interpersonální prostor můžeme rozdělit do čtyř rozdílných zón, a to na intimní, osobní, sociální a veřejnou. Každý jedinec má své vlastní teritoriální chování. Pokud nerespektujeme osobně vymezený prostor nebo vstupujeme do intimní zóny osoby, může to vést k odmítání léčby nebo to může být

příčinou diskomfortu. Patří sem tělesné pohyby, vnímání prostoru nebo udržování blízkosti a vzdálenosti vůči druhým lidem.

Sociální začlenění – jedná se o způsob chování, kterým skupina organizuje sama sebe ve vztahu k rodině. Můžeme sem zahrnout kulturní, rasové, rodinné, pracovní, přátelské či etnické sociální začlenění.

Pojetí času – kulturní skupiny mohou být orientovány na minulost, přítomnost či budoucnost. V preventivní péči je důležité zaměření především na budoucnost. Do této kategorie patří zejména využití času, čas ve společenském kontextu, pracovní doba či orientace klienta/pacienta na budoucnost, přítomnost nebo minulost.

Vliv prostředí a výchovy – podává nám informace o schopnosti člověka ovládat přírodu a také ovlivňovat enviromentální faktory.

Biologické odlišnosti – lidé se liší nejen kulturou, ale i biologickými (genetickými) znaky. Do biologických odlišností se řadí i náchylnost k chorobám. Můžeme sem zahrnout stavbu těla, barvu kůže, barvu vlasů, vnímavost vůči nemocem a onemocněním, upřednostňování některých jídel nebo naopak vyhnutí se některým pokrmům či psychologický profil klienta/pacienta (57).

1.11.1 Kulturně svébytný jedinec

Romové se řadí do europoidní rasy a mají svoji specifickou kulturu. Většinou se hlásí ke katolické víře, kterou si vykládají podle svých potřeb, velkou roli ve spiritualitě hraje přírodní magie. V dnešní době se však u Romů můžeme setkat i s tím, že svou kulturu pomalu zapomínají.

Romové svým původem pocházejí z Indie, ale na našem území se nacházejí již od 14. století, také proto jsou Romové považováni za české občany.

1.11.2 Biologické odlišnosti

Přírodní barvou vlasů Romů je černá barva, avšak romské ženy často používají barvy na vlasy. Pleť romských žen bývá tmavší. Zdravotní potřeby Romů souvisejí především s podmínkami jejich života a životním způsobem. V obou se odráží nízké vzdělání a horší životní úroveň, nízký standard bydlení, často zdravotně rizikové

chování, tendence podléhat častěji závislostem na alkoholu a drogách, problematické začlenění do majoritní společnosti a další psychosociální determinanty. Důležitou roli hraje i nižší vědomí osobní odpovědnosti za zdraví, také se můžeme setkat i s méně výraznou motivací ke zdraví a péči o ně.

1.11.3 Vliv prostředí a výchovy

Největší hodnotou pro Romy je jejich rodina, kterou tvoří mnoho generací. Pro romskou rodinu je typické, že synové zůstávají u svých rodičů a do rodiny si přivádějí své budoucí ženy.

Zdraví je pro Romy velice cenné, avšak při péči o ně se často můžeme setkávat s velkou netrpělivostí. Od nemocniční péče čekají rychlé uzdravení, ale pokud je léčba delší než sami očekávali vyžadují jiný druh pomoci. Pokud jsou Romové zdraví, moc nedbají na prevenci, domnívají se, že není třeba navštěvovat lékaře pokud jim nic není.

1.11.4 Pojetí času

Čas Romové neodvozuji od ročních období – posloupnosti změn v přírodě, ale od konkrétních událostí, které se v životě odehrávají cyklicky (např. měsíční termíny výplaty sociálních dávek). Zvláštnost ve vnímání času v kombinaci s nepřemýšlením do budoucnosti je často příčinou „špatného“ hospodaření romských žen, které nejsou neschopné, ale nedokáží peníze na domácnost rozložit do potřebného množství týdnů. Vzhledem k tomu, že peníze bývají utraceny často během několika dnů, vzniká potřeba peníze si půjčit a tak se rozjíždí kolotoč věčného zadlužení.

1.11.5 Sociální začlenění

Rodina je pro Romy velice důležitá, především rodinná soudržnost. Rodina z několika generací žije pospolu. V romské rodině je role manželky obstarávat potravu pro rodinu a starat se o ní, muž je nositelem a ochráncem prestiže rodiny, rozhoduje a nese odpovědnost za rodinu.

1.11.6 Prostor

Pocit jistoty v okolním prostoru dává Romům především jejich rodina. Pokud se Romové ocitají mimo prostor své rodiny, připadají si zranitelní a ohrožení. Romové mají velice živý temperament. Tento živý temperament lze pozorovat při jejich komunikaci, kdy využívají mnoho výrazných gest. Dále můžeme pozorovat jejich temperament v jejich lásce k hudbě a tanci.

1.11.7 Komunikace

V rámci rodiny a komunity Romové komunikují především romštinou. Jejich hlas je hlučný, hodně používají gesta, projevem jejich nesouhlasu bývá pauza při komunikaci. Důležité je umět správně komunikovat s romskou ženou. Mezi základní pravidla komunikace je možné zařadit pravidla: nespěchat a být trpělivý, vnímat mimoslovní komunikaci, být s nimi často v kontaktu, projevovat zájem a dostatečně se ptát, mluvit jasně, stručně a konkrétně, nebát se blízkosti a dotyku, používat zpětnou vazbu, nebát se emocí, přistupovat k ženě podle jejích individuálních potřeb a další (Příloha 4, 38).

1.12. Vybrané ošetrovatelské diagnózy při ošetrování romských žen

Z první domény (podpora zdraví) by bylo vhodné zařadit především ošetrovatelské diagnózy:

(00078) *neefektivní léčebný režim* v souvislosti s neochotou se přizpůsobit projevující se nezájmem o danou problematiku, nezájmem o léčbu,

(00099) *neefektivní podpora zdraví* v souvislosti s nezájmem o prevenci projevující se nevyhledáváním preventivních prohlídek, neřešením svého zdravotního stavu včas (40).

Z druhé domény (výživa) by bylo vhodné vybrat ošetrovatelskou diagnózu: (00003) *riziko nadměrné výživy* v souvislosti s oblibou tučných jídel (40).

Ve třetí doméně (vylučování a výměna) se vyskytují ošetrovatelské diagnózy, které se vztahují k poruše vyprazdňování:

(00017) *stresová inkontinence moči* v souvislosti s ochabnutím svalů pánevního dna projevující se samovolným únikem moči, ke kterému dochází při náhlém zvýšení tlaku v břišní dutině (například při kašli, smíchu, fyzické námaze, běhu) (40).

Čtvrtá doména je zaměřená na aktivitu a odpočinek, zde můžeme vybrat ošetrovatelskou diagnózu:

(00168) *sedavý životní styl* v souvislosti s nedostatkem pohybu projevující se trávením volného času u televize, nedostatkem pohybu, nezájmem o koníčky (40).

Vnímání – poznávání se nachází v páté doméně. Z této domény lze vybrat ošetrovatelské diagnózy:

(00157) *zhoršená verbální komunikace* v souvislosti s nepochopením jazyka projevující se nedostatečnou komunikací, nezájmem o problematiku,

(00126) *deficitní znalost* v oblasti poznávání projevující se nepoznáním určitých věcí či nepochopením běžným věcem (40).

Šestou doménou je vnímání sebe sama, ve které můžeme najít ošetrovatelské diagnózy, které se vztahují k tělesnému obrazu, sebeúctě a sebepojetí.

Vztahy se vyskytují v sedmé doméně a týkají se rodinných vztahů, role pečovatele nebo také vykonávání ostatních rolí.

V osmé doméně (sexualita) můžeme najít především sexuální funkce (40).

V deváté doméně (zvládnání zátěže – odolnost vůči stresu) nalézáme ošetrovatelské diagnózy:

(00070) *chabé oslabené přizpůsobení* v souvislosti s nezájmem o přizpůsobení dané kultuře projevující se nezájmem o přizpůsobení, nedodržováním daných pravidel,

(00069) *neefektivní zvládnání zátěže* v souvislosti s neochotou zvládnout zátěž projevující se pláčem, neklidem (40).

Desátá doména, životní princip se zabývá ošetrovatelskými diagnózami jako je soulad hodnot a duševní přesvědčení.

Bezpečnost a ochrana jsou v jedenácté doméně a zde můžeme najít ošetrovatelskou diagnózu:

(00138) *riziko násilí vůči jiným* v souvislosti s etnocentrismem.

Další doménou je komfort, který je zaměřen především na tělesný a sociální komfort a poslední doménou je třináctá doména – růst a vývoj, která se zaměřuje na opožděný růst a vývoj či na nesouměrný růst (40).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, zda se provádí osvěta v oblasti plánovaného rodičovství u romských žen.

Cíl 2 Zjistit, zda romské ženy plánují rodičovství.

Cíl 3 Zjistit, zda je plánování rodičovství ovlivněno modelem tradiční romské rodiny.

Cíl 4 Zjistit, v kolika letech dochází k porodu prvního dítěte.

Cíl 5 Zjistit, zda romské ženy chodí během svého života na preventivní gynekologické prohlídky.

Cíl 6 Zjistit, zda mají romské ženy informace o očkování proti karcinomu čípku děložního.

Cíl 7 Zjistit, zda romské ženy během klimaktéria užívají hormonální substituční terapii.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 U romských žen se osvěta v oblasti plánovaného rodičovství neprovádí

Hypotéza 2 Romské ženy plánují vznik rodičovství.

Hypotéza 3 Plánování rodičovství je u romských žen ovlivněno modelem tradiční romské rodiny.

Hypotéza 4 U romských žen dochází k porodu prvního dítěte okolo 17. roku života.

Hypotéza 5 Romské ženy během svého života chodí na preventivní gynekologické prohlídky.

Hypotéza 6 Romské ženy nemají informace o očkování proti karcinomu čípku děložního.

Hypotéza 7 Romské ženy během klimaktéria neuvžívají hormonální substituční terapii.

2.3 Výzkumné otázky

Otázka 1 Jakým způsobem ovlivňuje snížený socioekonomický statut romských rodin počet narozených dětí?

Otázka 2 Jaká nejčastější gynekologická onemocnění se u romských žen vyskytují v průběhu života?

Otázka 3 Mají romské ženy v současné době problémy související s těhotenstvím?

Otázka 4 Necháávají romské ženy své dcery očkovat proti karcinomu čípku děložního?

3. Metodika

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Ke zpracování praktické části diplomové práce bylo použito kvantitativní šetření v kombinaci s kvalitativním šetřením. Technikou sběru dat u kvantitativního šetření byl dotazník a u kvalitativního šetření nestandardizovaný rozhovor. Dotazník byl anonymní a obsahoval 32 otázek. Úvodní otázky byly zaměřeny na identifikaci respondentek (věk, vzdělání, rodinný stav). Další otázky byly zaměřeny na reprodukční zdraví žen. Na některé otázky byla možnost více odpovědí. Nestandardizovaný rozhovor (volný) je předem připraven pouze rámcově. V průběhu rozhovoru se nestandardizovaný rozhovor dále rozvíjí za pomoci tazatele i respondenta. Nestandardizovaný rozhovor obsahoval 20 otázek. Úvodní otázky byly také zaměřeny na identifikaci respondentek a další otázky směřovaly k reprodukčnímu zdraví těchto žen (Příloha 1, 2) (15, 21).

3.2 Výzkumné metody a techniky

Téma bylo zpracováno na základě odborné literatury a informací sebraných formou dotazníků i nestandardizovaným rozhovorem. Vzorkem výzkumného šetření byly romské ženy všech věkových kategorií v Českých Budějovicích. Výzkumný vzorek byl zajištěn za pomoci známých, kteří mají v romské populaci známé a ochotně pomáhali se sběrem informací do kvalitativního i kvantitativního výzkumného šetření. Výzkumné šetření probíhalo od začátku března do začátku června roku 2009.

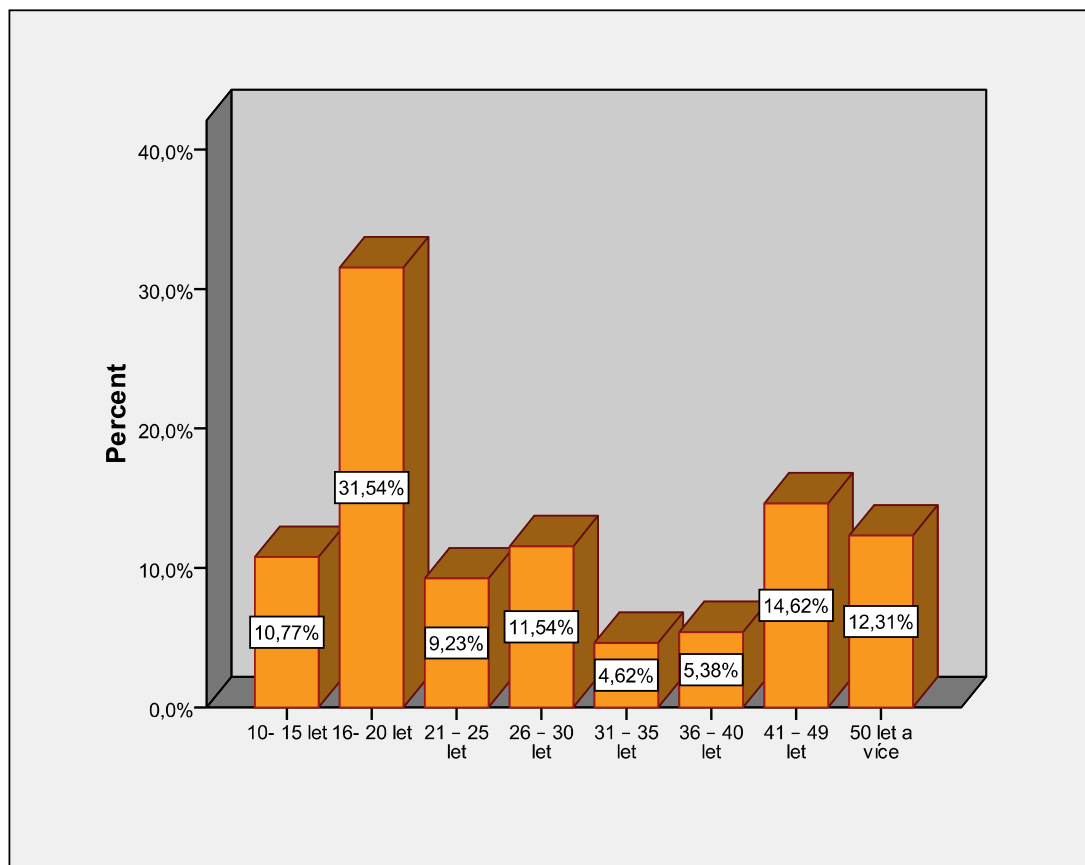
Celkem bylo rozdáno 170 dotazníků, vrátilo se 130 dotazníků, což je návratnost 76,5 %. Ve výzkumném šetření byly použity všechny dotazníky, které se vrátily, protože otázky v dotazníku byly tvořeny tak, aby dotazník byl možný vyplnit všemi věkovými kategoriemi. Celkový počet respondentek je 130 (100 %). Rozhovory byly vedeny s 9 romskými respondentkami (100 %).

K vyhodnocení výsledků kvantitativního šetření byl použit statistický program SPSS 17,0 za pomoci kterého byly vytvořeny grafy a také kontingenční tabulky, kde se porovnávaly statistické vztahy. K vyhodnocení výsledků kvalitativního šetření byly použity tabulky.

4. Výsledky

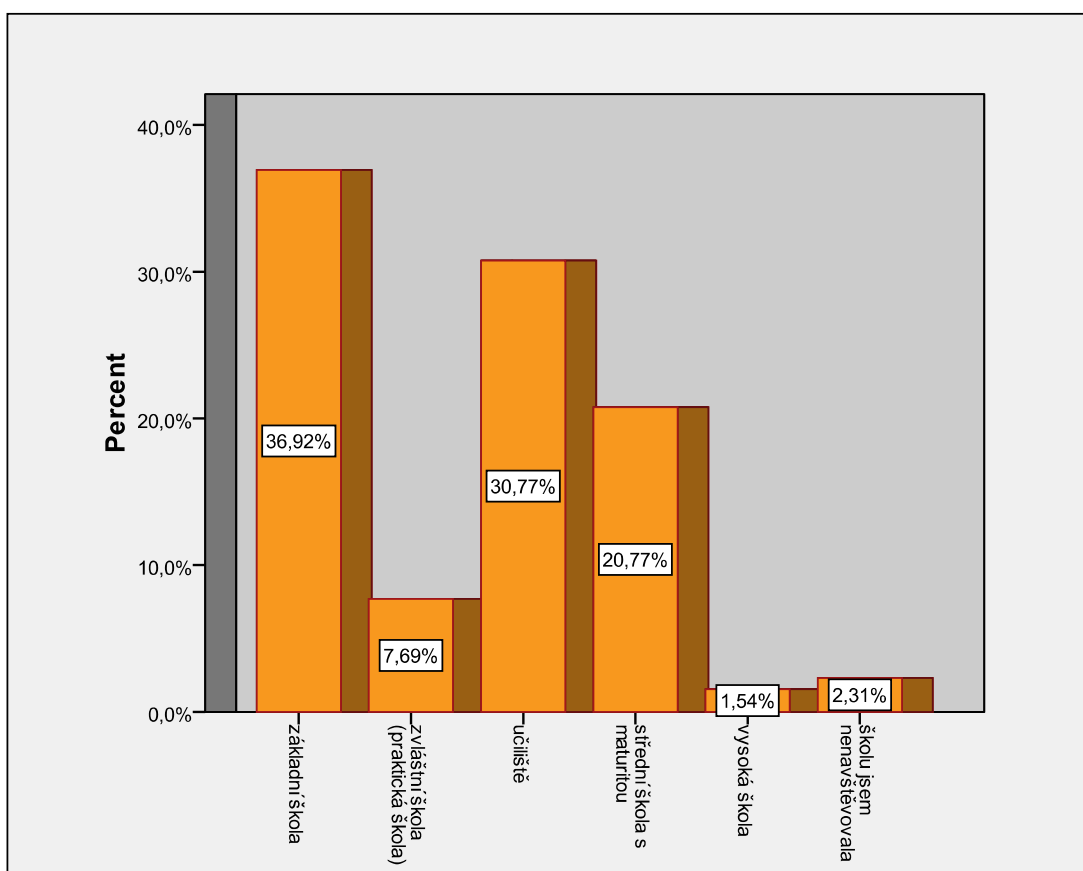
4.1 Výsledky kvantitativního šetření – popisná statistika

Graf 1 Věk dotazovaných respondentek



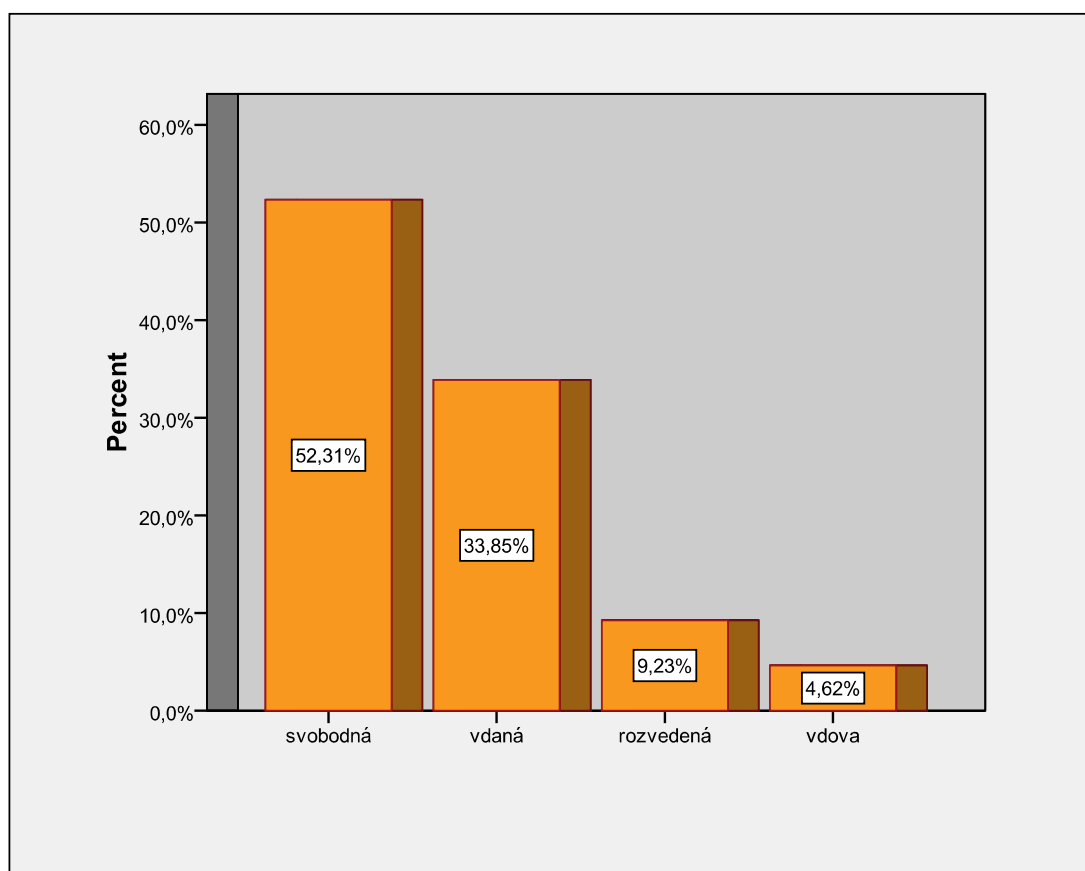
Graf 1 znázorňuje věk respondentek, z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných respondentek bylo 14 ve věku 10 – 15 let (10,77 %), 41 ve věku 16 -20 let (31,54 %), 12 ve věku 21 – 25 let (9,23 %), 15 respondentek ve věku 26 – 30 let (11,54 %), 6 dotazovaných ve věku 31 – 35 let (4,62 %), 7 respondentek ve věku 36 – 40 let (5,38 %), 19 ve věku 41 – 49 let (14,62 %) a 16 respondentek ve věku 50 let a více (12,31 %).

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek



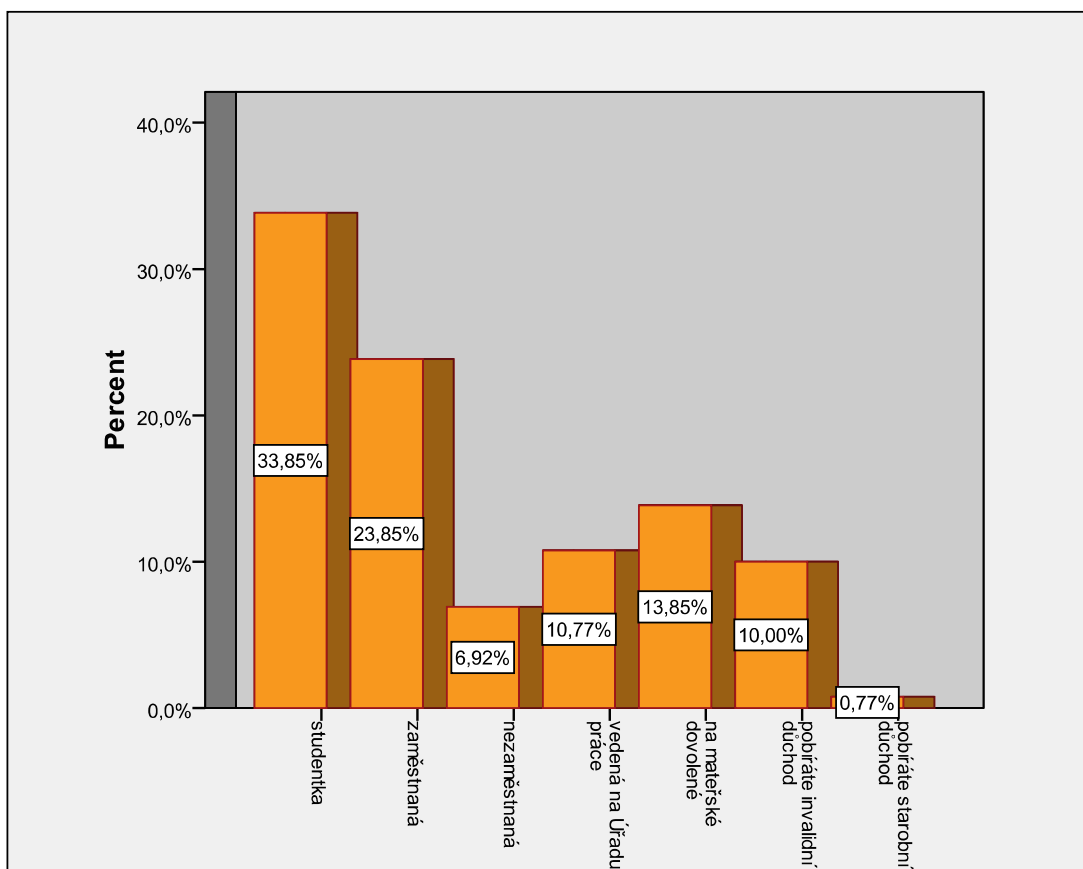
Tento graf znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek, kdy 48 (36,92 %) respondentek má ukončenou základní školu, 10 (7,69 %) respondentek má ukončenou praktickou školu, 40 (30,77 %) respondentek má ukončené učiliště, 27 (20,77 %) respondentek má ukončenou střední školu s maturitou, 2 (1,54 %) respondentky mají vysokou školu a 3 (2,31 %) respondentky školu nenavštěvovaly.

Graf 3 Rodinný stav romských žen



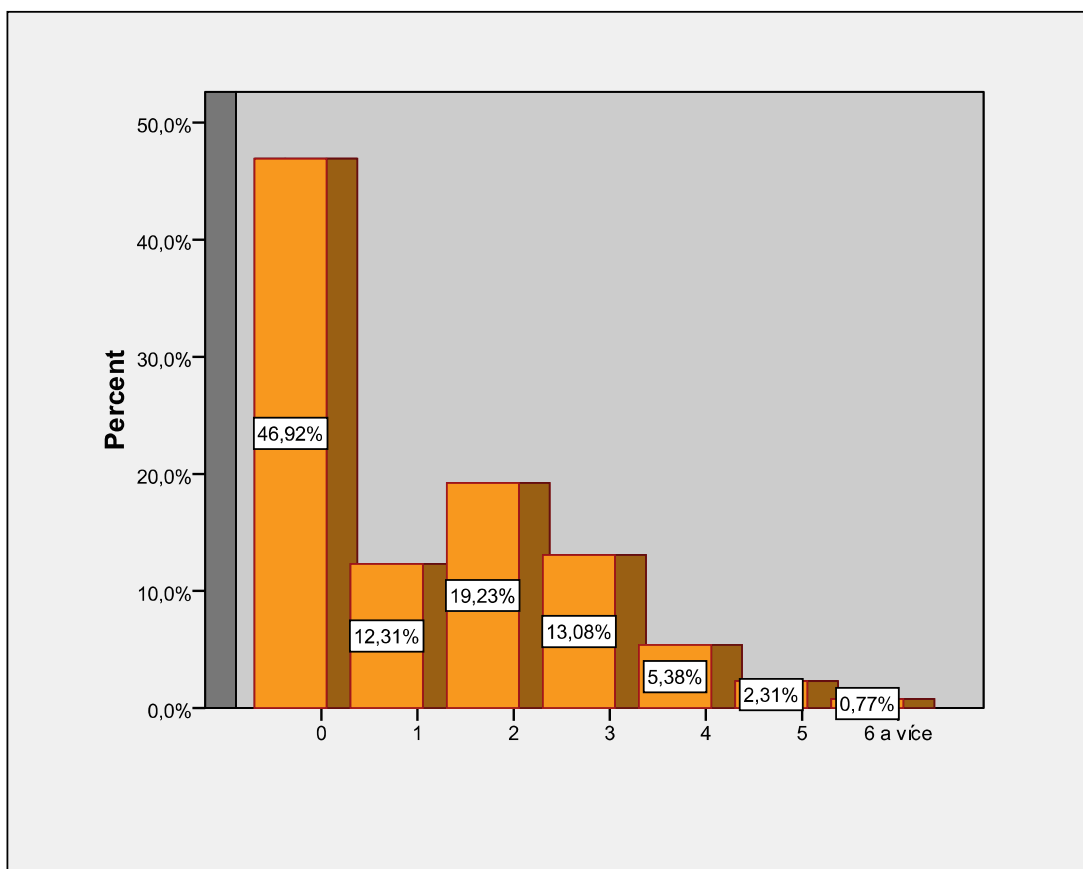
Graf 3 znázorňuje rodinný stav respondentek, z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných uvedlo 68 (52,31 %) respondentek, že jsou svobodné, 44 (33,85 %) respondentek uvedlo, že jsou vdané, 12 (9,23 %) respondentek uvedlo, že jsou rozvedené a 6 (4,62 %) respondentek uvedlo, že jsou vdovy.

Graf 4 Pracovní vztahy romských žen



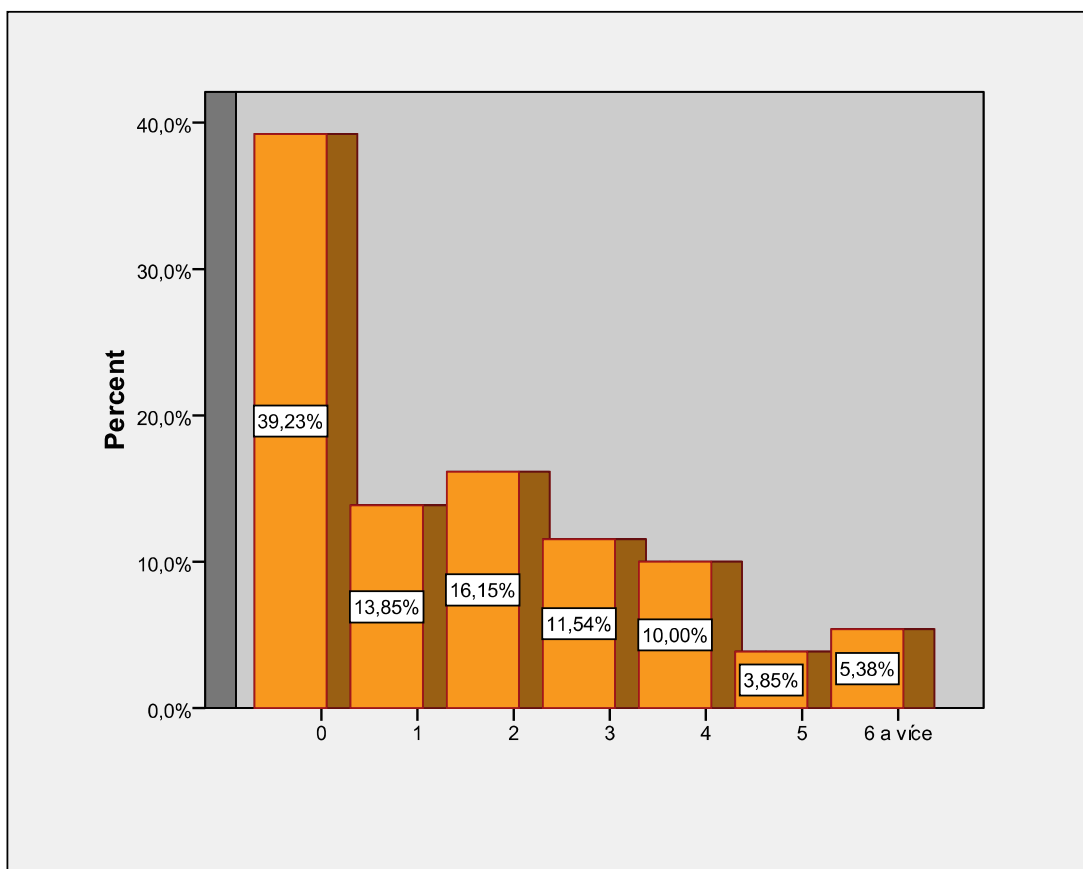
Graf 4 znázorňuje pracovní vztahy dotazovaných respondentek, kdy z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných žen uvedlo 44 (33,85 %) respondentek, že jsou studentky, 31 (23,85 %) respondentek uvedlo, že jsou zaměstnané, 9 (6,92 %) respondentek uvedlo, že jsou nezaměstnané, 14 (10,77 %) respondentek uvedlo, že jsou vedené na Úřadu práce, 18 (13,85 %) dotazovaných žen uvedlo, že jsou na mateřské dovolené, 13 (10 %) žen uvedlo, že pobírají invalidní důchod a 1 (0,77 %) žena uvedla, že pobírá starobní důchod.

Graf 5 Počet porozených dětí u romských žen



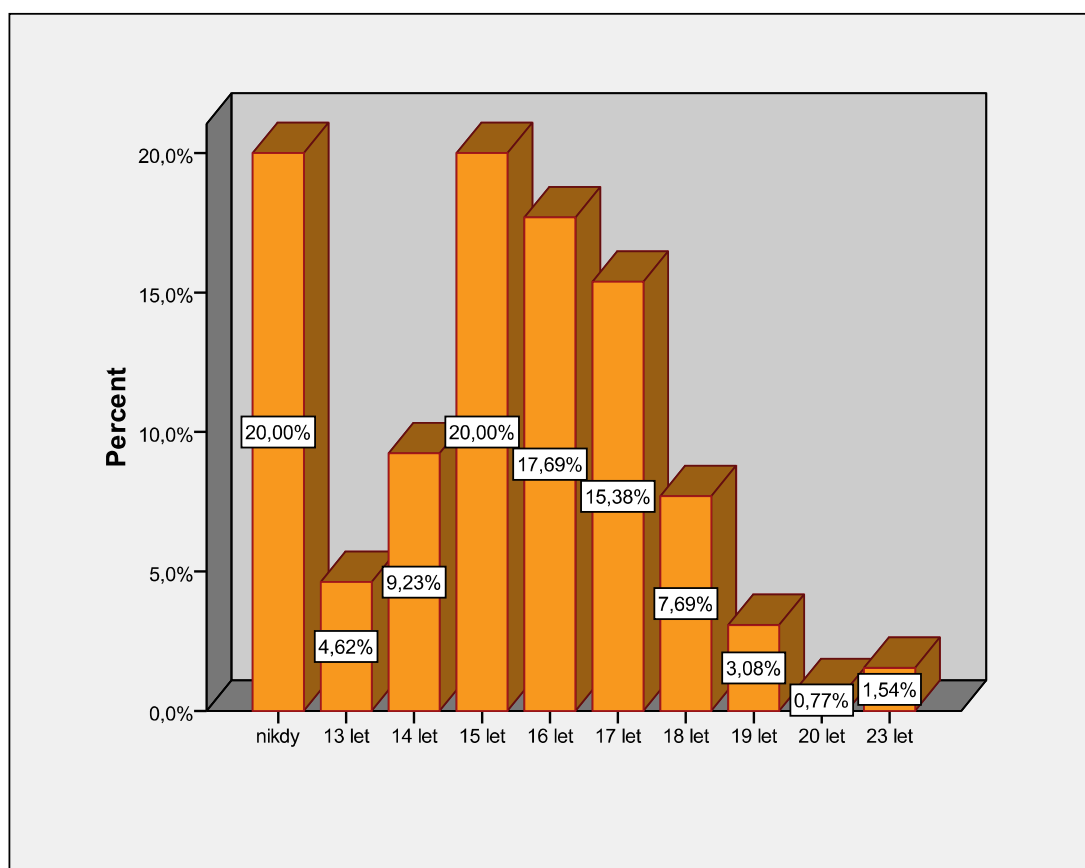
Tento graf znázorňuje počet dětí, které respondentky porodily. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných uvedlo 61 (46,92 %) respondentek, že ještě nikdy nerodily, 16 (12,31 %) respondentek uvedlo, že porodily pouze jedno dítě, 25 (19,23 %) respondentek uvedlo, že porodily dvě děti, 17 (13,08 %) respondentek uvedlo, že porodily tři děti, 7 (5,38 %) respondentek uvedlo, že porodily čtyři děti, 3 (2,31 %) respondentky porodily 5 dětí a 1 (0,77 %) respondentka uvedla, že porodila 6 a více dětí.

Graf 6 Počet těhotenství u respondentek



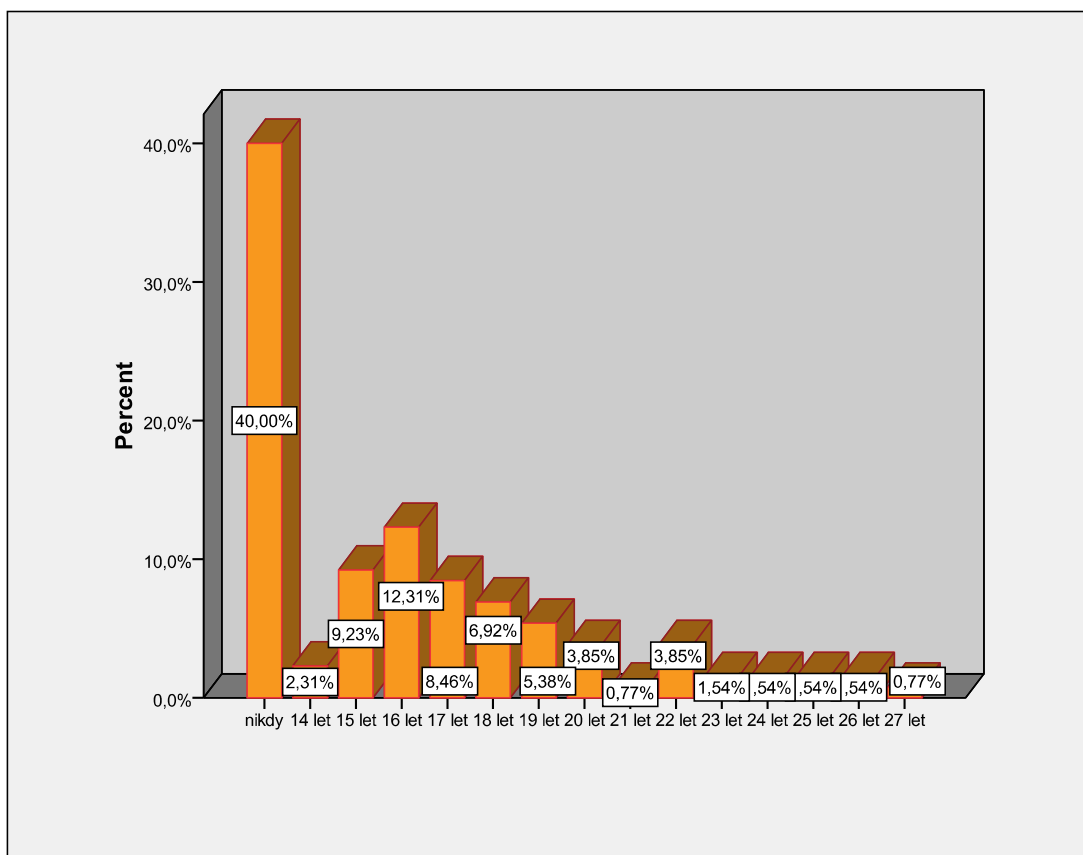
Na grafu 6 vidíme počet těhotenství dotazovaných respondentek. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných uvedlo 51 (39,23 %) respondentek, že ještě nikdy nebyly těhotné, 18 (13,85 %) respondentek uvedlo, že těhotné byly pouze jednou, 21 (16,15 %) respondentek uvedlo, že byly těhotné dvakrát, 15 (11,54 %) respondentek uvedlo, že byly těhotné třikrát, 13 (10 %) respondentek uvedlo, že byly těhotné čtyřikrát, 5 (3,85 %) respondentek bylo těhotných pětkrát a 7 (5,38 %) respondentek uvedlo, že byly těhotné šest a vícekrát.

Graf 7 Věk, kdy došlo k prvnímu sexuálnímu styku u respondentek



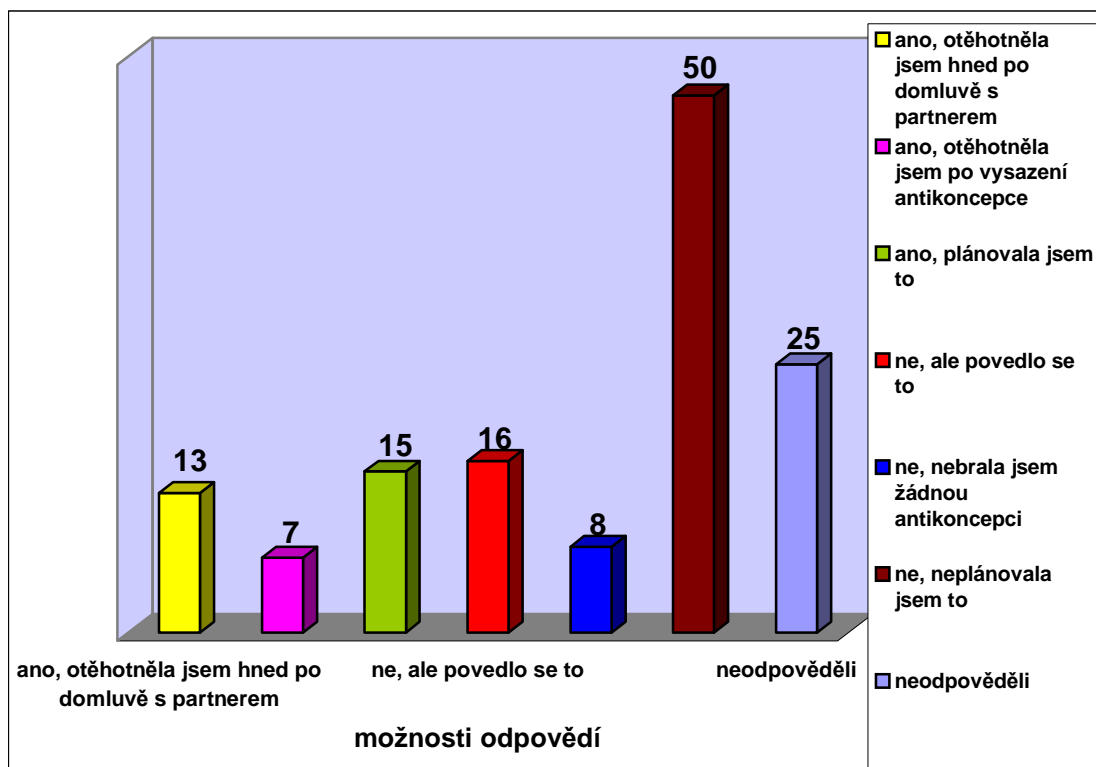
Tento graf znázorňuje věk, kdy došlo k prvnímu sexuálnímu styku u dotazovaných respondentek. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných uvedlo 26 (20 %) respondentek, že ještě nikdy nedošlo k sexuálnímu styku, 6 (4,62 %) respondentek uvedlo, že k sexuálnímu styku došlo ve 13-ti letech, 12 (9,23 %) respondentek uvedlo, že k sexuálnímu styku došlo ve 14-ti letech, 26 (20 %) respondentek uvedlo, že první sexuální styk měli v 15-ti letech, 23 (17,69 %) respondentek uvedlo, že první sexuální styk měli v 16-ti letech, 20 (15,38 %) respondentek uvedlo, že první sexuální styk mělo v 17-ti letech, 10 (7,69 %) respondentek uvedlo, že v 18-ti letech, 4 (3,08 %) respondentky v 19-ti letech, 1 (0,77 %) respondentka ve 20-ti letech a 2 (1,54 %) respondentky uvedly, že měly první sexuální styk ve 23 letech.

Graf 8 Věk prvního těhotenství u dotazovaných respondentek



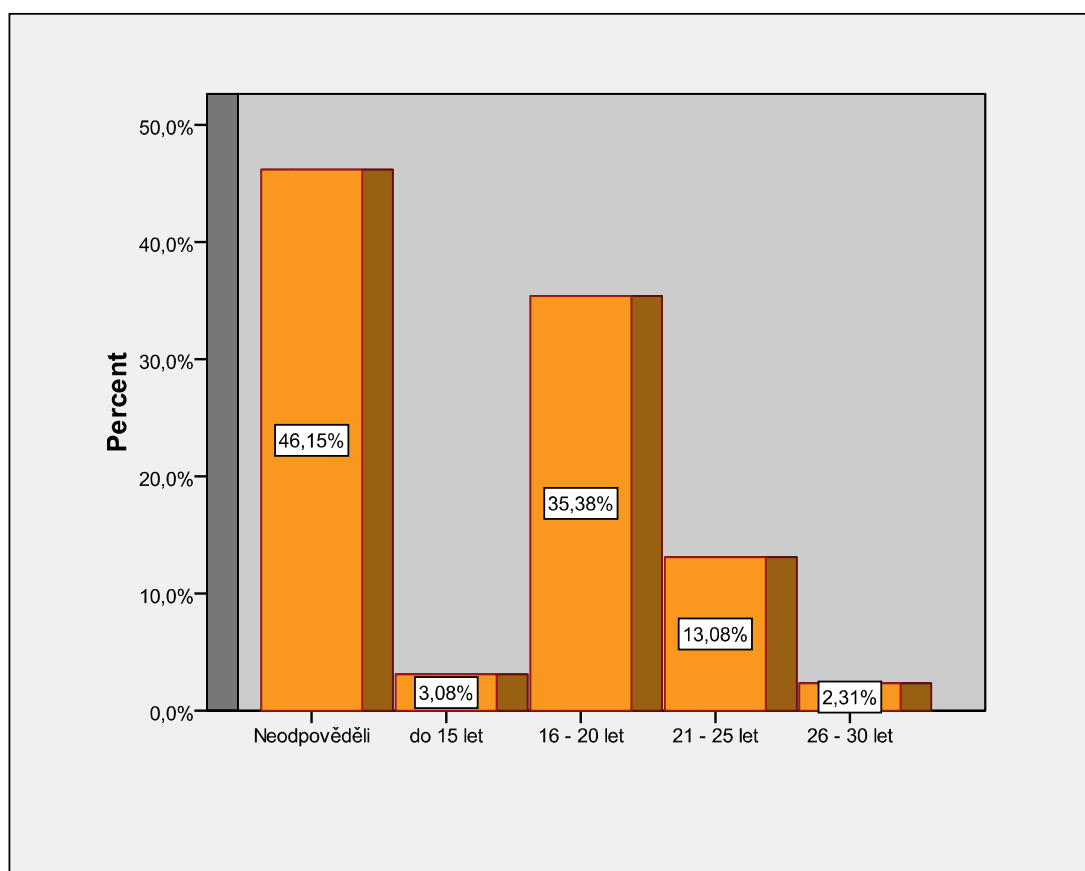
Graf 8 znázorňuje věk prvního těhotenství u dotazovaných respondentek. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných žen uvedlo 52 (40 %) respondentek, že ještě nikdy nebyly těhotné, 3 (2,31 %) respondentky uvedly, že byly poprvé těhotné ve 14-ti letech, 12 (9,23 %) respondentek uvedlo, že byly poprvé těhotné v 15-ti letech, 16 (12,31 %) respondentek v 16-ti letech, 11 (8,46 %) respondentek uvedlo, že byly poprvé těhotné v 17-ti letech, 9 (6,92 %) respondentek uvedlo, že byly poprvé těhotné v 18-ti letech, 7 (5,38 %) respondentek uvedlo, že v 19-ti letech, 5 (3,85 %) respondentek ve 20-ti letech, 1 (0,77 %) respondentka ve 21-ti letech, 5 (3,85 %) respondentek ve 22 letech, 2 (1,54 %) respondentky ve 23 letech, 2 (1,54 %) respondentky ve 24 letech, 2 (1,54 %) respondentky v 25-ti letech, 2 (1,54 %) respondentky v 26-ti letech a 1 (0,77 %) respondentka uvedla, že byla poprvé těhotná ve 27 letech.

Graf 9 Plánování těhotenství u respondentek



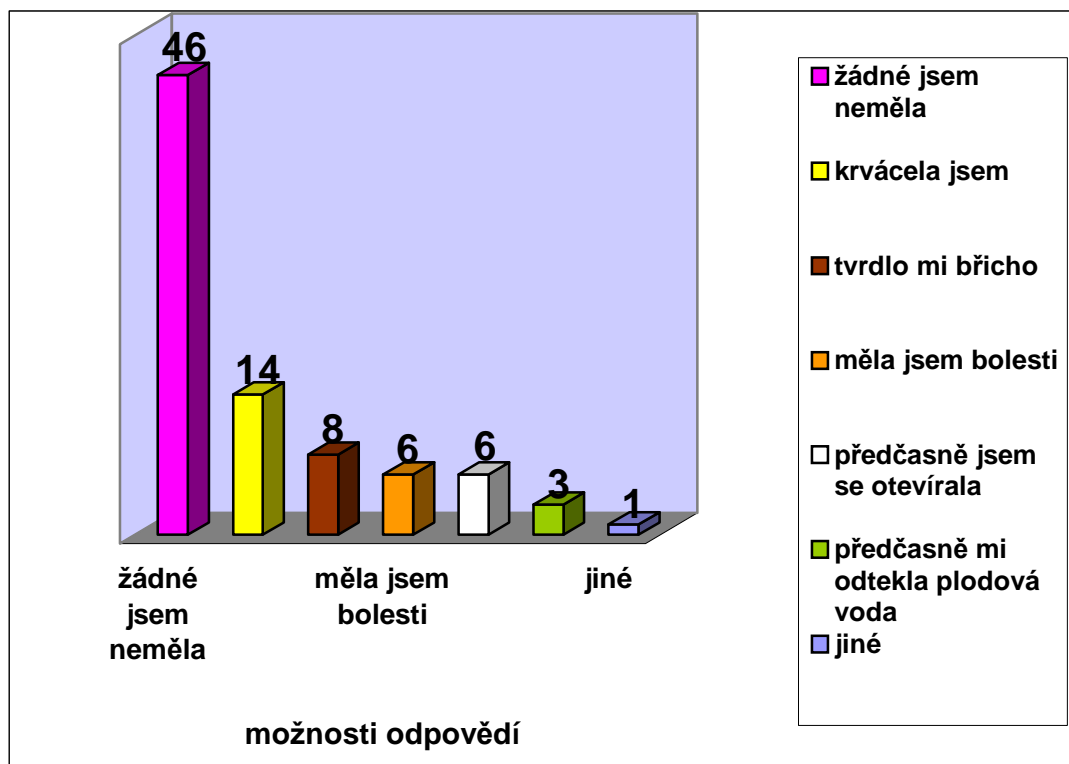
Graf znázorňuje plánované těhotenství u dotazovaných respondentek, respondentky si mohly vybrat z více druhů odpovědí. 13 respondentek uvedlo, že otěhotněly hned po domluvě s partnerem, 7 respondentek uvedlo, že otěhotněly po vysazení antikoncepce, 15 respondentek uvedlo, že těhotenství plánovaly, 16 respondentek uvedlo, že těhotenství neplánovaly, ale povedlo se to, 8 respondentek uvedlo, že těhotenství neplánovaly, ale nebraly žádnou antikoncepci, 50 respondentek uvedlo, že těhotenství neplánovaly a 25 respondentek neodpovědělo, protože ještě nikdy nebyly těhotné.

Graf 10 Prvně porozené dítě u respondentek



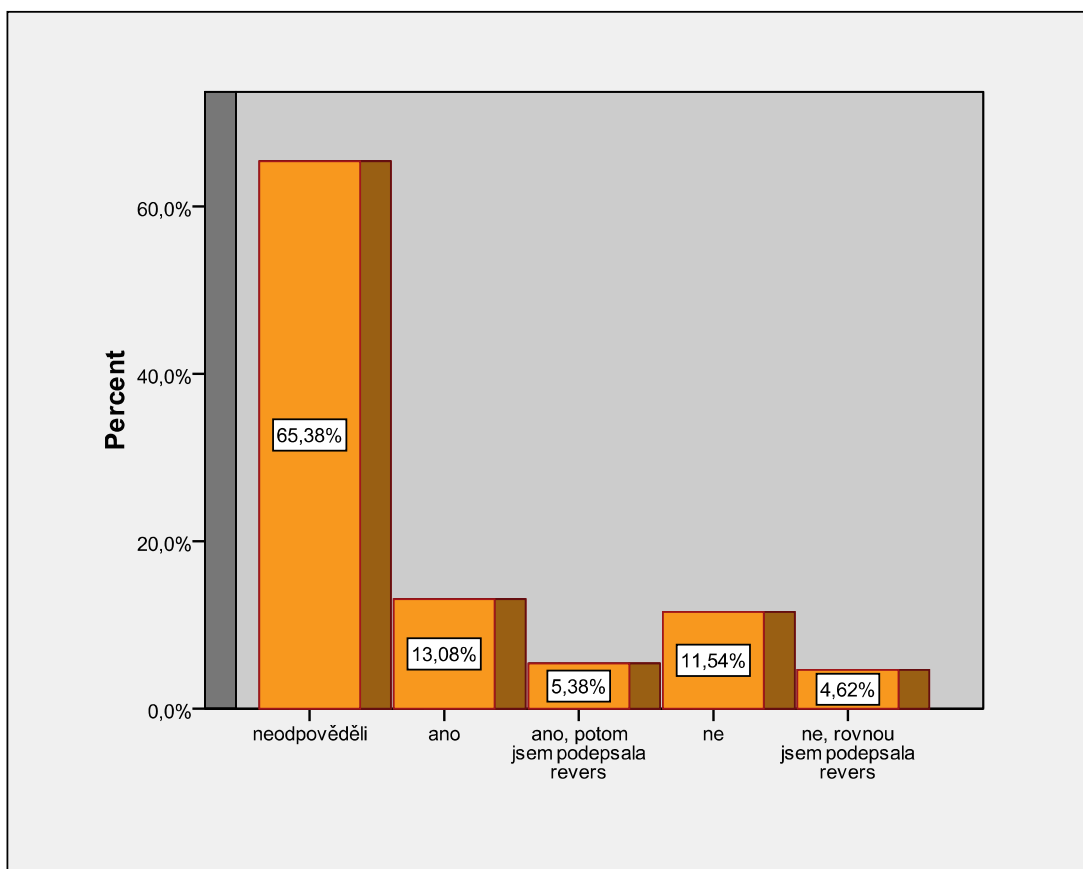
Na grafu 10 vidíme věk, kdy dotazované respondentky prvně porodily dítě. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných uvedlo 60 (46,15 %) respondentek, že ještě nikdy neprodily dítě, 4 (3,08 %) respondentky uvedly, že první dítě porodily do 15 let věku, 48 (35,38 %) respondentek uvedlo, že porodilo první dítě ve věku 16-20 let, 17 (13,08 %) respondentek uvedlo, že první dítě porodily ve věku 21-25 let a 3 (2,31 %) respondentky uvedly, že první dítě porodily ve věku 26-30 let.

Graf 11 Zdravotní potíže respondentek během těhotenství



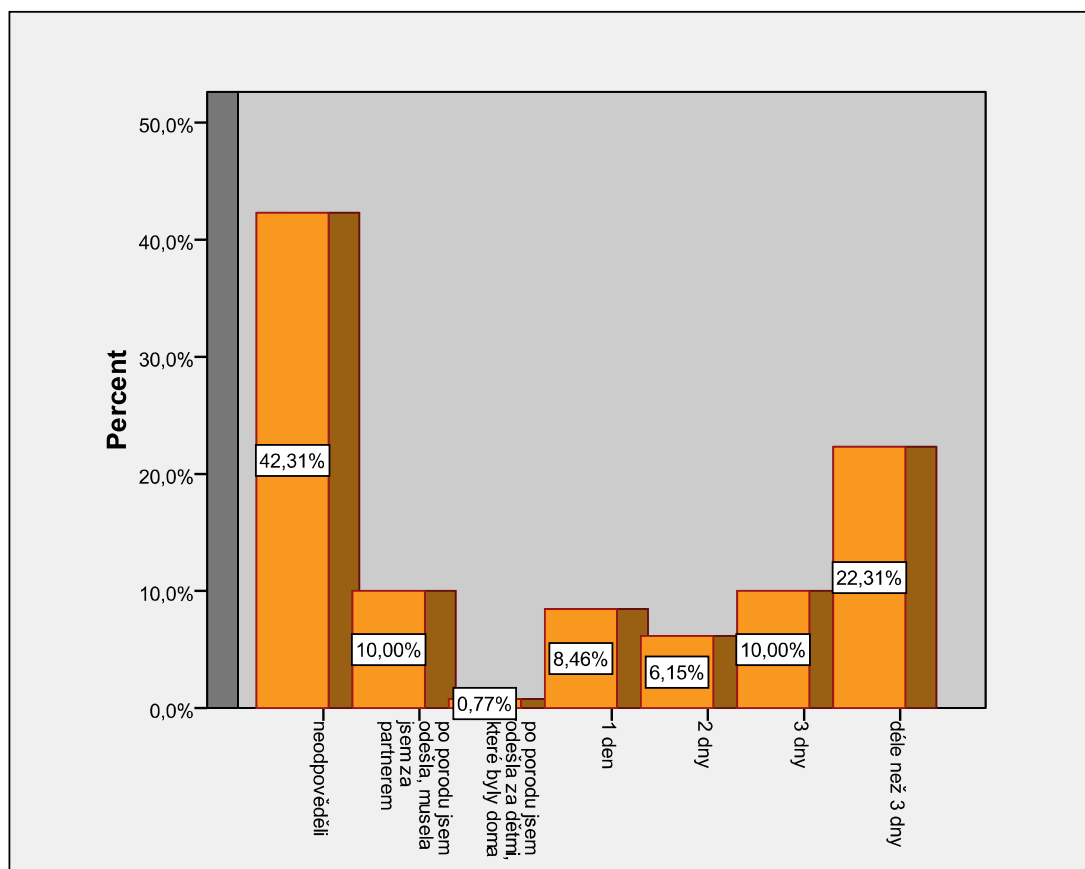
Graf 11 sleduje zdravotní potíže respondentek během těhotenství. Respondentky si mohly vybrat z více druhů odpovědí. 46 dotazovaných žen odpovědělo, že žádné zdravotní potíže během těhotenství neměly, 14 respondentek odpovědělo, že krvácely, 8 dotazovaných žen odpovědělo, že jim tvrdlo břicho, 6 žen odpovědělo, že měly bolesti, 6 žen se předčasně otvíralo, dvěma ženám předčasně odtekla plodová voda a 1 žena odpověděla, že měla porod po termínu, který museli lékaři vyvolávat injekcemi.

Graf 12 Hospitalizace romských žen během těhotenství



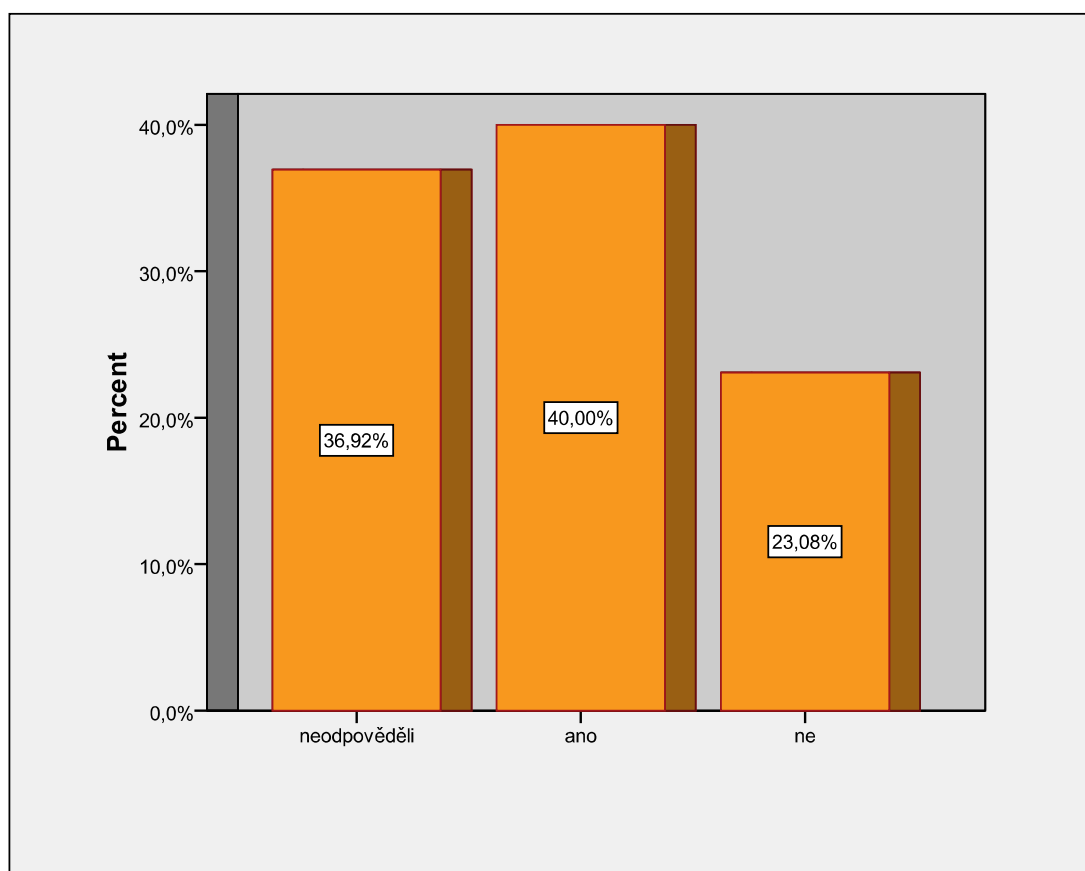
Na grafu 12 je znázorněna hospitalizace respondentek během těhotenství. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných uvedlo 85 (65,38 %) respondentek, že ještě nikdy neprodily dítě a tudíž nikdy nebyly hospitalizované s těhotenstvím, 17 (13,08 %) respondentek uvedlo, že byly hospitalizované během těhotenství, 7 (5,38 %) respondentek uvedlo, že byly hospitalizované během těhotenství, ale podepsaly revers, 15 (11,54 %) respondentek uvedlo, že i když měly během těhotenství zdravotní potíže, tak v nemocnici nezůstaly ležet a 6 (4,62 %) respondentek uvedlo, že i přes zdravotní potíže během těhotenství v nemocnici nezůstaly a hned podepsaly revers.

Graf 13 Délka pobytu v nemocnici po porodu u romských žen



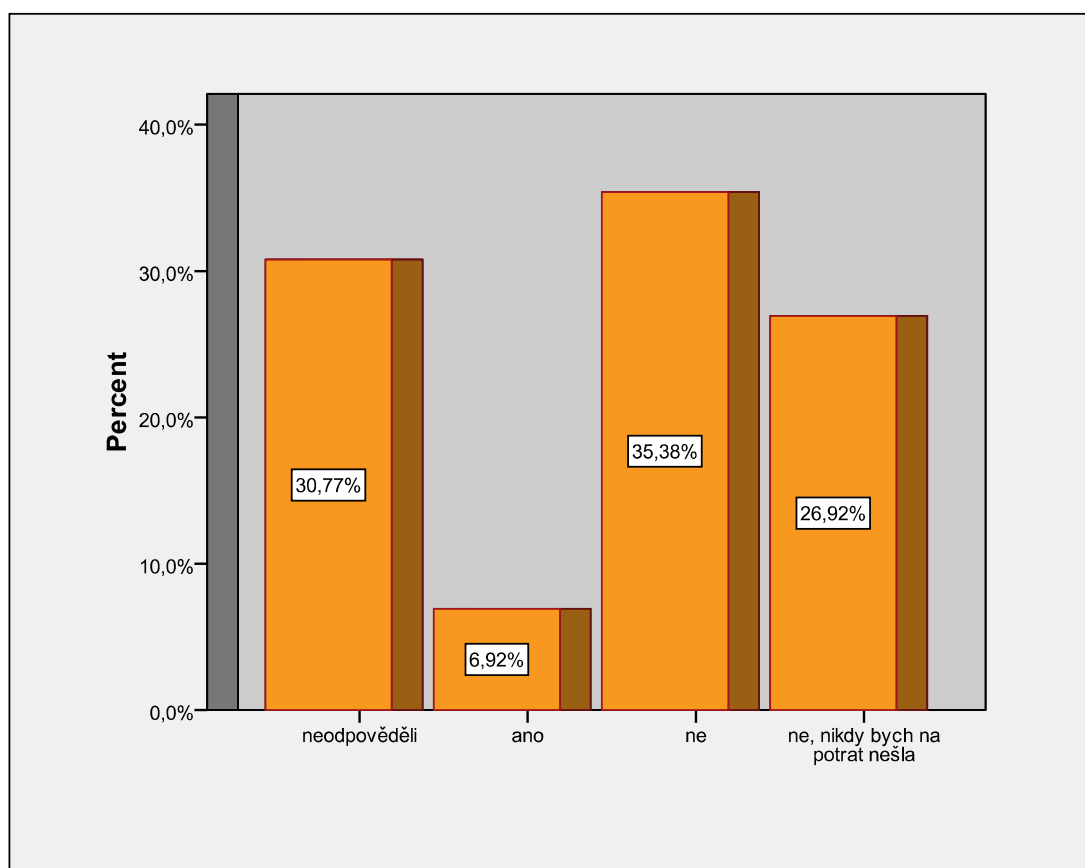
Graf 13 demonstruje délku pobytu respondentek v nemocnici po porodu. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných 55 (42,31 %) respondentek neodpovědělo, protože ještě nikdy neporodily dítě, 13 (10 %) respondentek uvedlo, že po porodu odešly domů za svým partnerem, 1 (0,77 %) respondentka musela odejít z porodnice domů za svými dětmi, 11 (8,46 %) respondentek uvedlo, že po porodu zůstaly v porodnici jeden den, 8 (6,15 %) respondentek zůstalo v porodnici 2 dny, 13 (10 %) respondentek zůstalo po porodu v porodnici 3 dny a 29 (22,31 %) respondentek zůstalo po porodu v nemocnici déle než tři dny.

Graf 14 Sexuální zdrženlivost respondentek v období šestinedělí



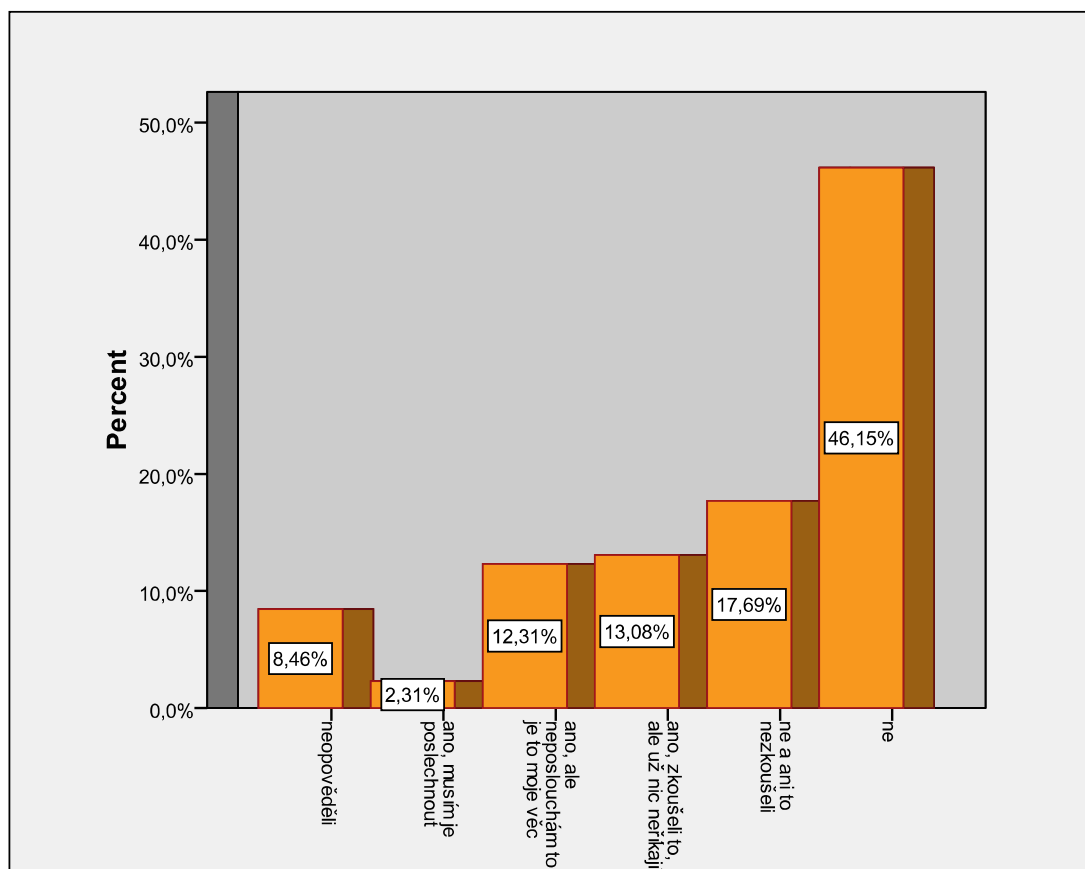
Graf 14 poukazuje na to, že ve výzkumném souboru sexuální zdrženlivosti respondentek v šestinedělí se z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných 52 (40 %) respondentek dodržuje sexuální zdrženlivost v šestinedělí, 30 (23,08 %) respondentek nedodržuje sexuální zdrženlivost v šestinedělí a 48 (36,92 %) respondentek neodpovědělo, protože ještě nikdy neporodily dítě.

Graf 15 Počet interrupcí po zjištěném těhotenství



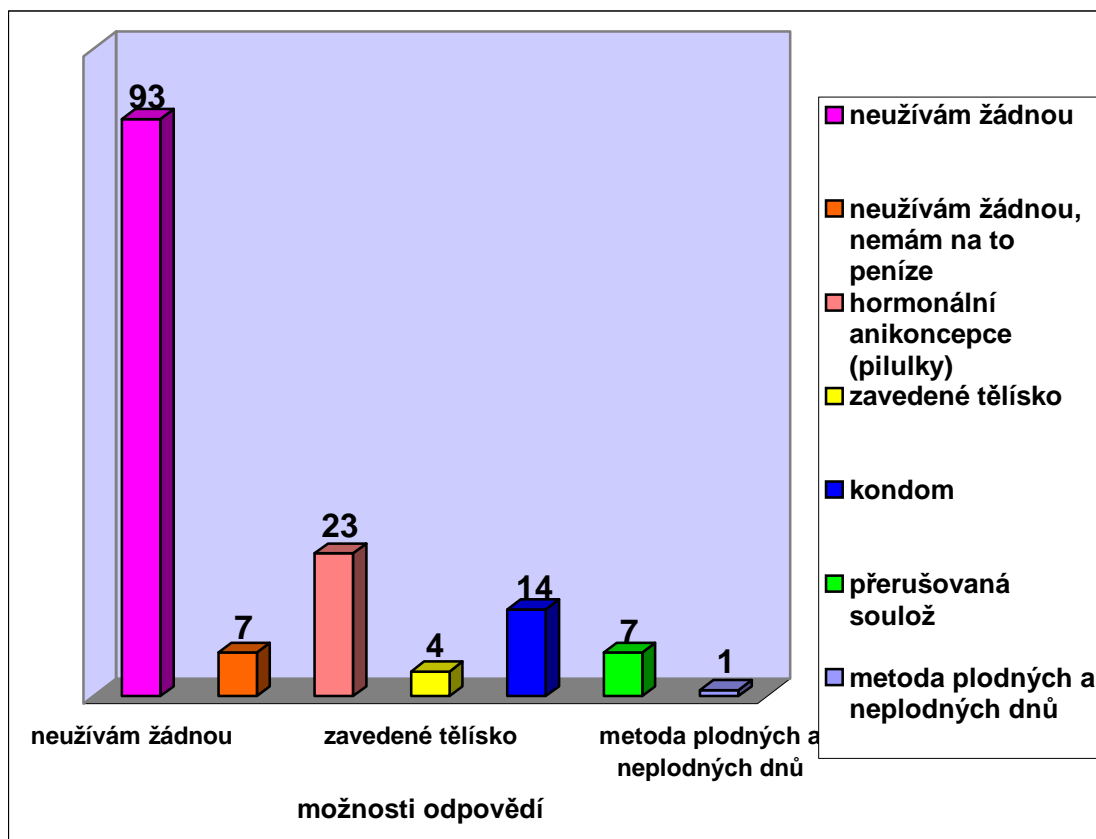
Tento graf sleduje množství interrupcí při zjištěných těhotenstvích dotazovaných respondentek. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných 40 (30,77 %) žen neodpovědělo, jelikož ještě nikdy nebyly těhotné, 9 (6,92 %) respondentek odpovědělo, že byly na potratu po zjištěném těhotenství, 46 (35,38 %) respondentek odpovědělo, že nebyly na potratu a 35 (26,92 %) žen odpovědělo, že by nikdy nešly na potrat.

Graf 16 Vliv rodičů dotazovaných respondentek na počet dětí



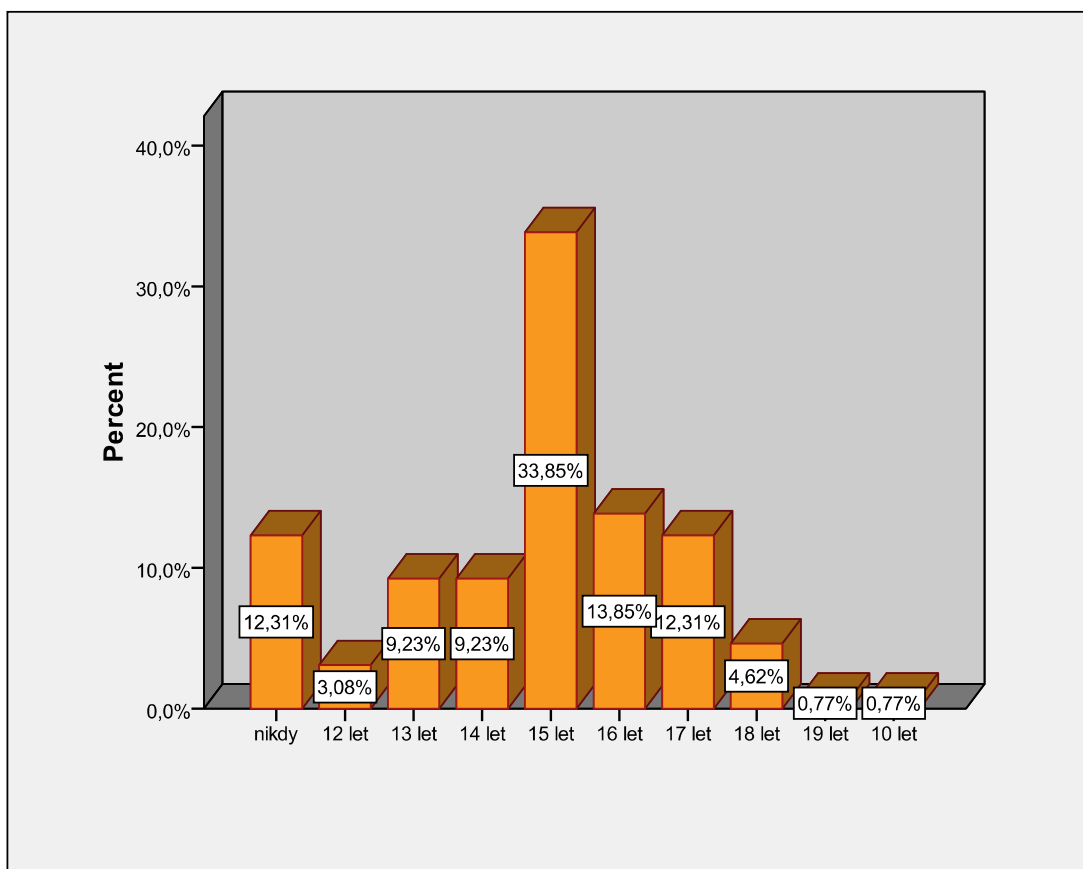
Graf 16 demonstruje vliv rodičů dotazovaných respondentek na počet dětí u respondentek. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných 11 (8,46 %) žen neodpovědělo, 3 (2,31 %) respondentky odpověděly, že musí své rodiče poslechnout, 16 (12,31 %) respondentek odpovědělo, že jim rodiče mluví do počtu dětí, ale oni je neposlouchají, 17 (13,08 %) žen odpovědělo, že jim do počtu dětí rodiče zkoušeli mluvit, ale že už nic neříkají, 23 (17,69 %) žen odpovědělo, že jim do toho rodiče nemluví a ani to nezkoušeli a 60 (46,15 %) žen odpovědělo, že jim do počtu dětí rodiče nemluví.

Graf 17 Druh užívané antikoncepce u romských respondentek



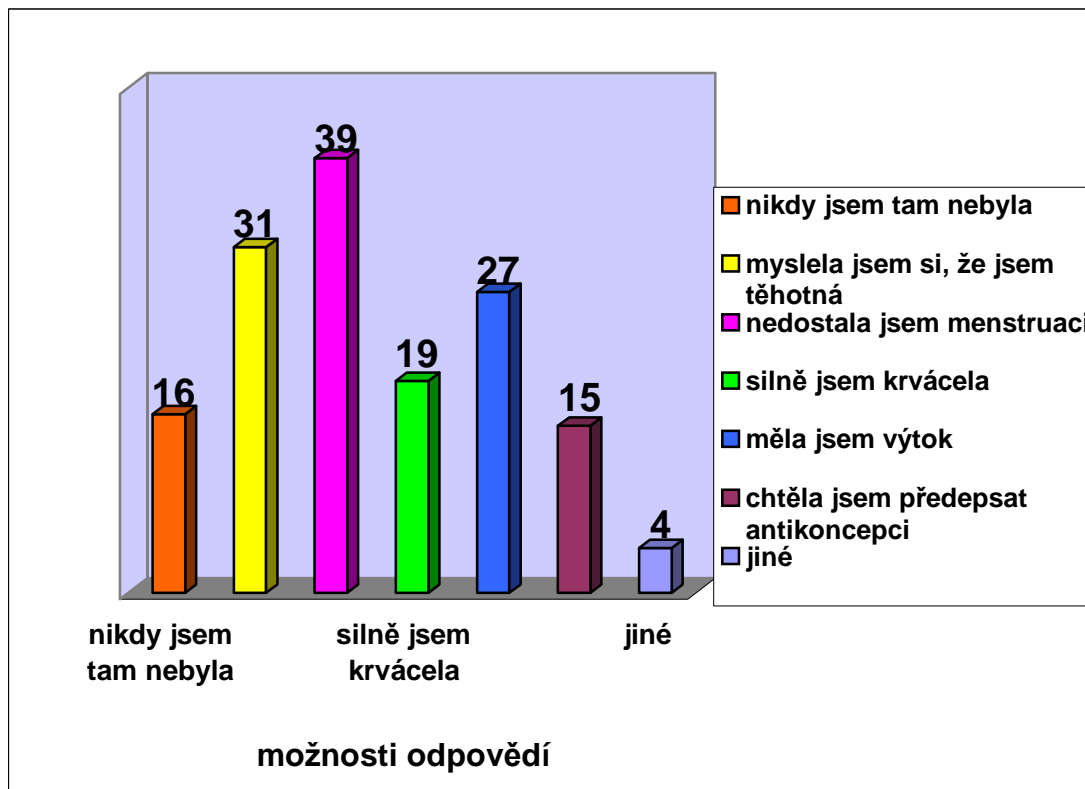
Graf znázorňuje druh užívané antikoncepce u dotazovaných respondentek, kdy si respondentky mohly vybrat z více druhů odpovědí. 93 respondentek uvedlo, že neužívají žádnou antikoncepci, 7 respondentek uvedlo, že neužívají žádnou antikoncepci, protože na ní nemají peníze, 23 respondentek uvedlo, že užívají hormonální antikoncepci (pilulky), 4 respondentky uvedly, že mají zavedené tělísko, 14 respondentek uvedlo, že používají kondom, 7 respondentek uvedlo, že mají přerušovanou soulož a 1 respondentka uvedla, že používá metodu plodných a neplodných dnů.

Graf 18 Věk první gynekologické prohlídky u respondentek



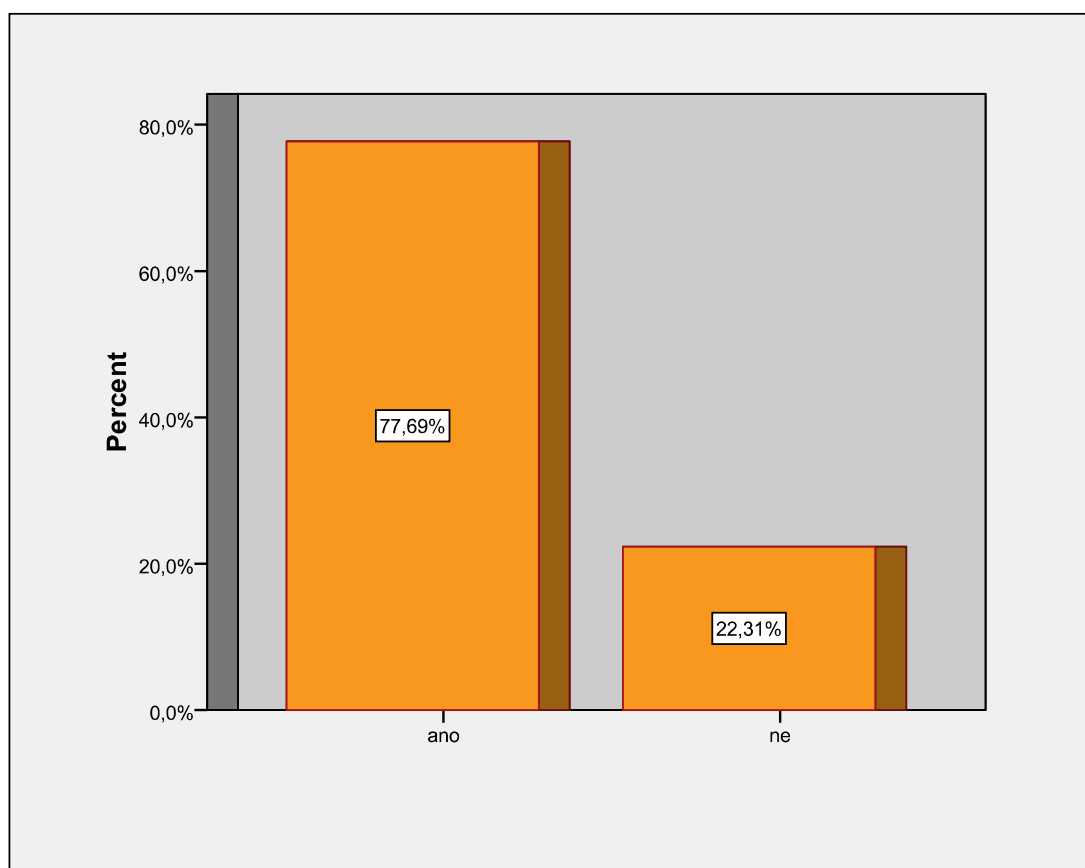
Graf 18 demonstruje věk první gynekologické prohlídky u dotazovaných respondentek. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných respondentek uvedlo 16 (12,31 %) respondentek, že ještě nikdy nebyly na gynekologické prohlídce, 1 (0,77 %) respondentka byla na první gynekologické prohlídce v 10-ti letech, 4 (3,08 %) respondentky byly na gynekologické prohlídce již ve 12-ti letech, 12 (9,23 %) respondentek ve 13-ti letech, 12 (9,23 %) respondentek ve 14-ti letech, 44 (33,85 %) respondentek bylo na první gynekologické prohlídce v 15-ti letech, 18 (13,85 %) respondentek v 16-ti letech, 16 (12,31 %) respondentek v 17-ti letech, 6 (4,62 %) respondentek v 18-ti letech a 1 (0,77 %) respondentka byla na první gynekologické prohlídce v 19-ti letech.

Graf 19 Důvod první návštěvy gynekologa respondentkami



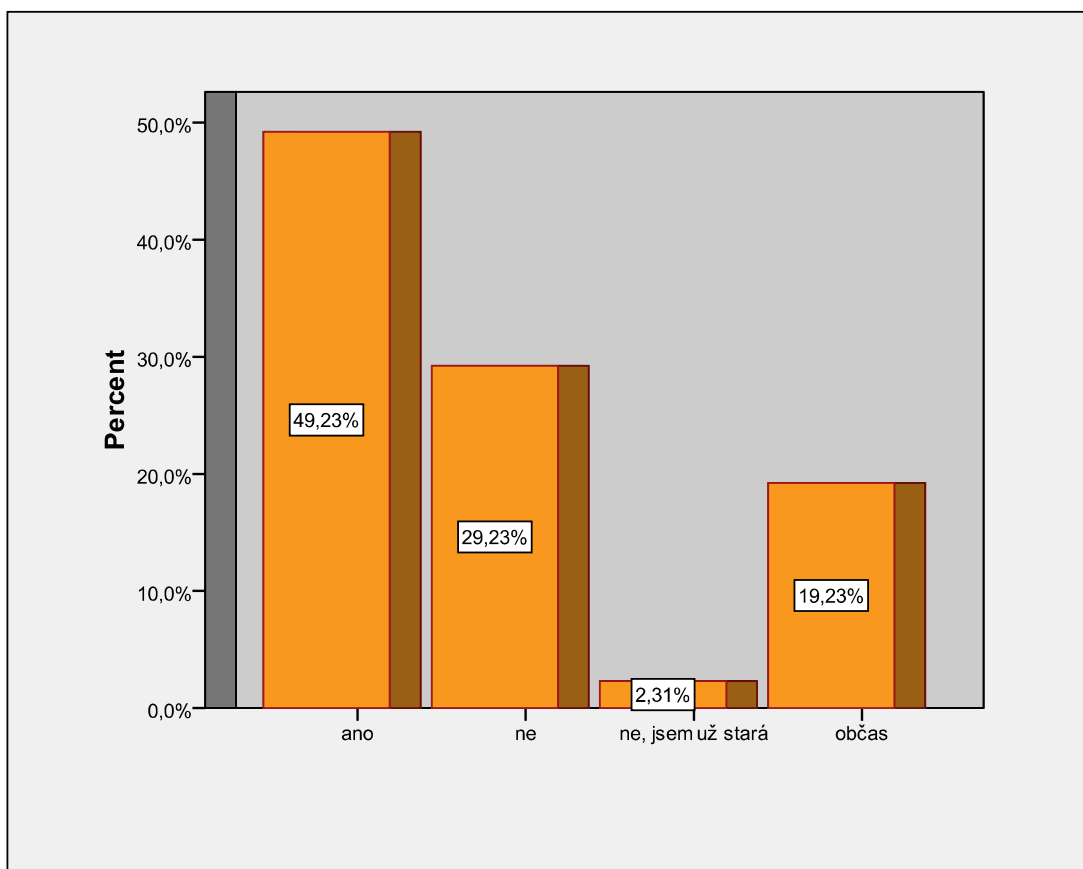
Tento graf znázorňuje důvod první návštěvy gynekologa, respondentky si mohly vybrat z více druhů odpovědí. 16 respondentek uvedlo, že ještě nikdy nebyly u gynekologa, 31 respondentek uvedlo, že na první gynekologické prohlídce byly, protože si myslely, že jsou těhotné, 39 respondentek u gynekologa bylo, protože nedostaly menstruaci, 19 respondentek tam bylo, protože silně krvácely, 27 respondentek mělo výtok, 15 respondentek uvedlo, že chtěly předepsat antikoncepci, 4 respondentky uvedly, jako důvod první návštěvy gynekologa preventivní prohlídku.

Graf 20 Vlastní gynekologický lékař u respondentek



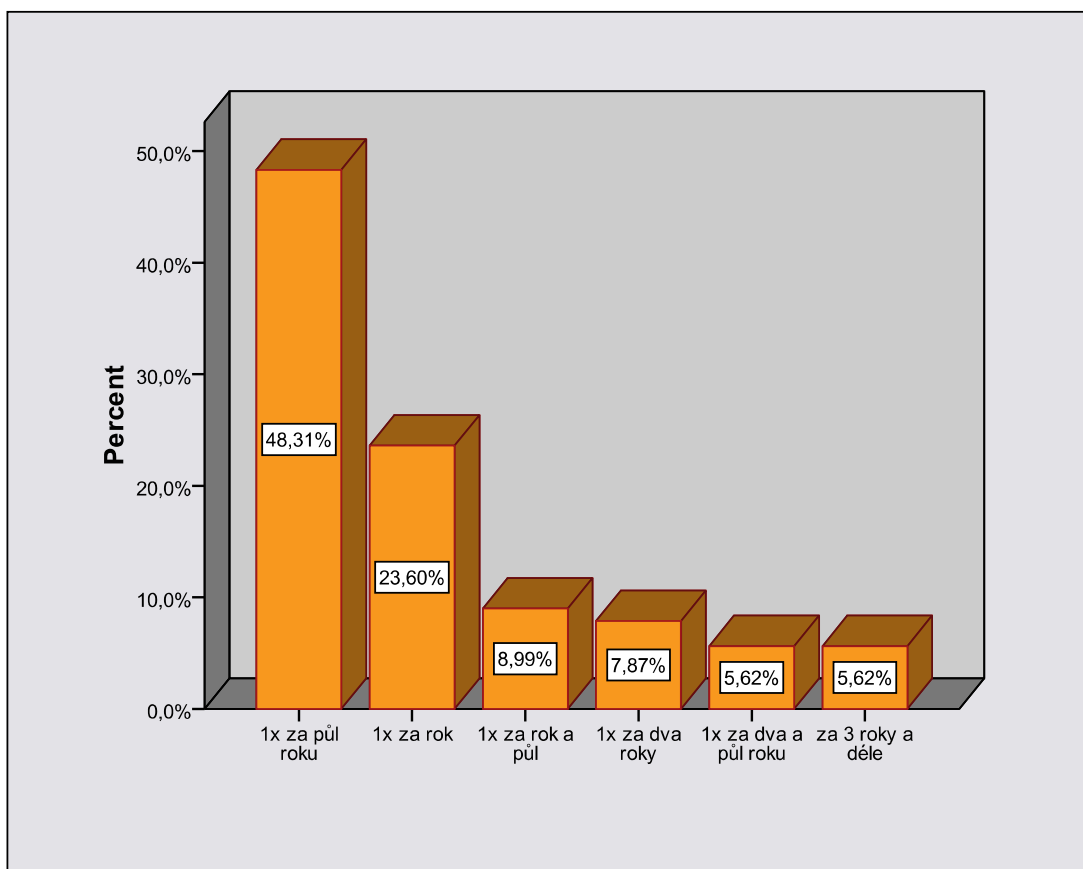
Tento graf znázorňuje, zda mají dotazované respondentky svého gynekologického lékaře. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných 101 (77,69 %) žen odpovědělo, že má svého gynekologického lékaře a 29 (22,31 %) respondentek odpovědělo, že nemá svého gynekologického lékaře.

Graf 21 Pravidelnost gynekologických prohlídek u romských žen



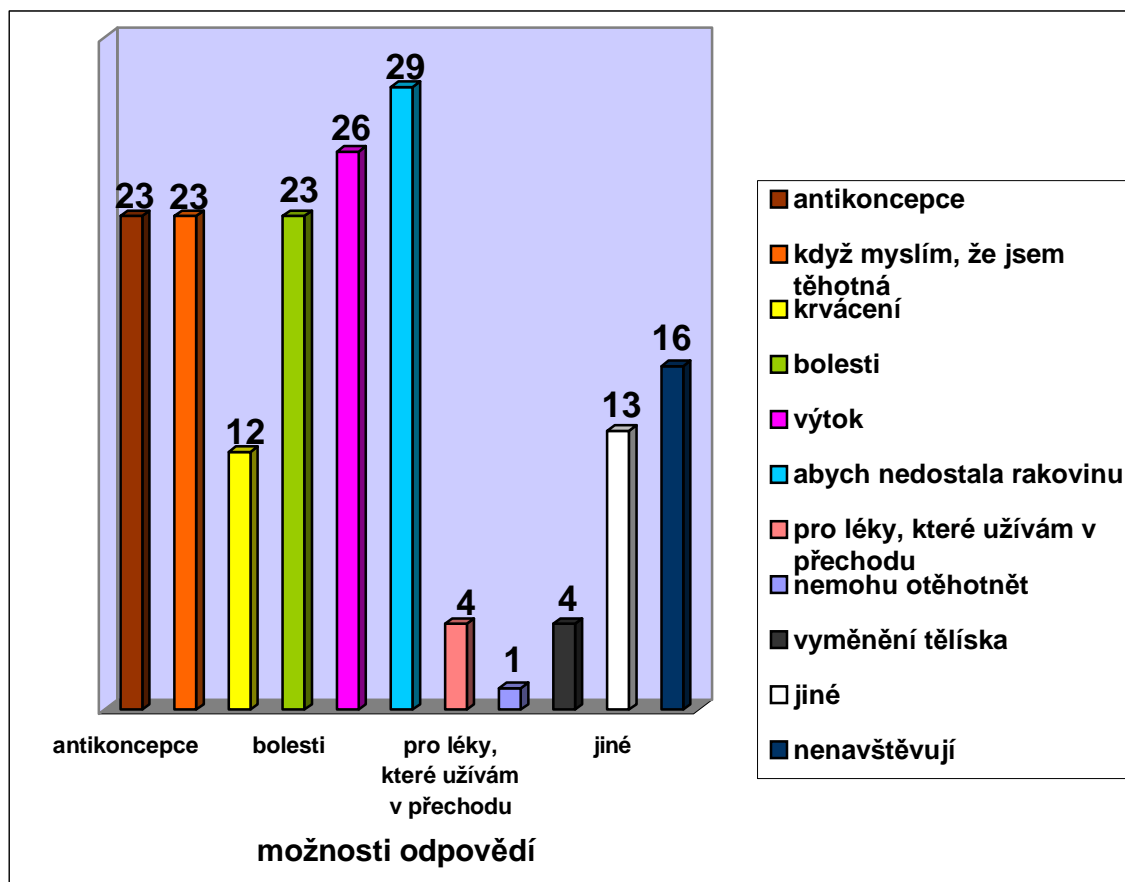
Graf 21 znázorňuje, zda respondentky chodí na pravidelné návštěvy ke gynekologovi. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných respondentek uvedlo 64 (49,23 %) respondentek, že navštěvují gynekologa pravidelně, 38 (29,23 %) respondentek nenavštěvují svého gynekologa pravidelně, 3 (2,31 %) respondentky nenavštěvují svého gynekologa pravidelně, protože si myslí, že už jsou staré, 25 respondentek (19,23 %) navštěvují svého gynekologa pouze občas.

Graf 22 Četnost návštěv u gynekologa romskými ženami



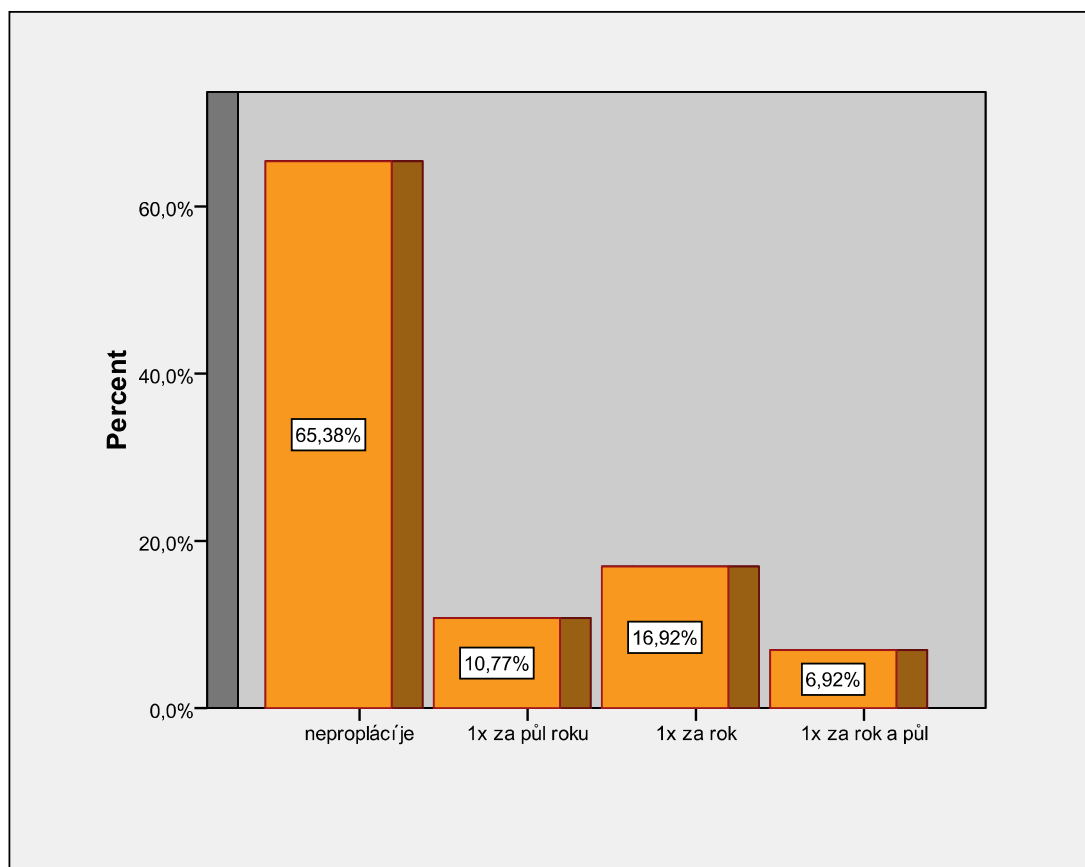
Tento graf znázorňuje, jak často chodí respondentky ke svému gynekologovi. Z celkového počtu 89 (100 %) dotazovaných respondentek uvedlo 43 (48,31 %) respondentek navštěvují svého gynekologa 1x za půl roku, 21 (23,60 %) respondentek navštěvuje svého gynekologa 1x za rok, 8 (8,99 %) respondentek navštěvuje svého gynekologa 1x za rok a půl, 7 (7,87 %) respondentek navštěvuje svého gynekologa 1x za dva roky, 5 (5,62 %) respondentek navštěvuje gynekologa 1x za dva a půl roku a 5 (5,62 %) respondentek navštěvuje svého gynekologa za tři roky a déle.

Graf 23 Důvody návštěv gynekologických ordinací respondentkami



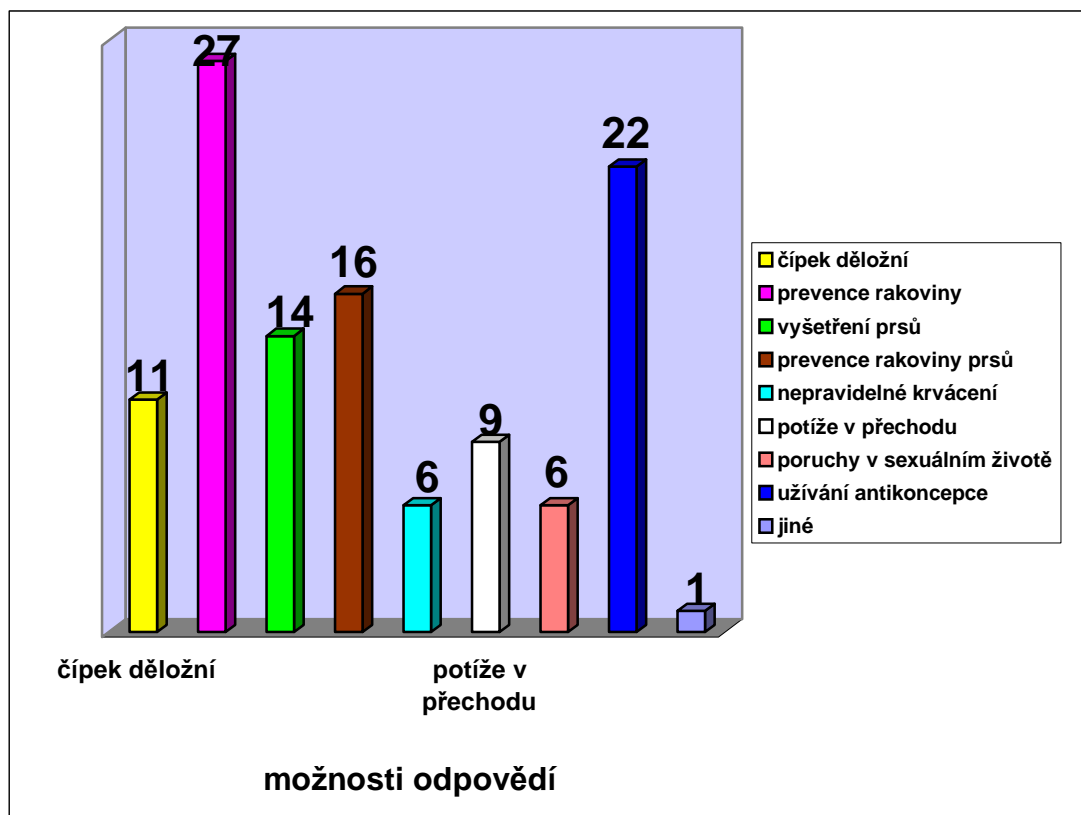
Graf 23 demonstruje důvody návštěv gynekologických ordinací, respondentky si mohly vybrat z více druhů odpovědí. 23 respondentek uvedlo, že si tam chodí pro recept na antikoncepci, 23 respondentek uvedlo, že ke gynekologovi chodí, když si myslí, že jsou těhotné, 12 respondentek uvedlo, že tam chodí, když mají silné krvácení, 23 respondentek tam chodí, když mají bolesti, 26 respondentek uvedlo, že tam chodí, když mají výtok, 29 respondentek uvedlo, že tam chodí proto, aby nedostaly rakovinu, 4 respondentky si chodí ke gynekologovi pro léky, které užívají v přechodu, 1 respondentka tam chodí, protože nemůže otěhotnět, 4 respondentky tam chodí na výměnu tělíska, 16 respondentek nechodí ke gynekologovi vůbec a 13 respondentek odpovědělo na položku jiné, kdy z toho 11 respondentek uvedlo jako důvod návštěvy gynekologa preventivní prohlídku a 2 respondentky uvedly, že tam chodí na kontroly.

Graf 24 Proplácení gynekologických prohlídek zdravotní pojišťovnou dle mínění romských žen



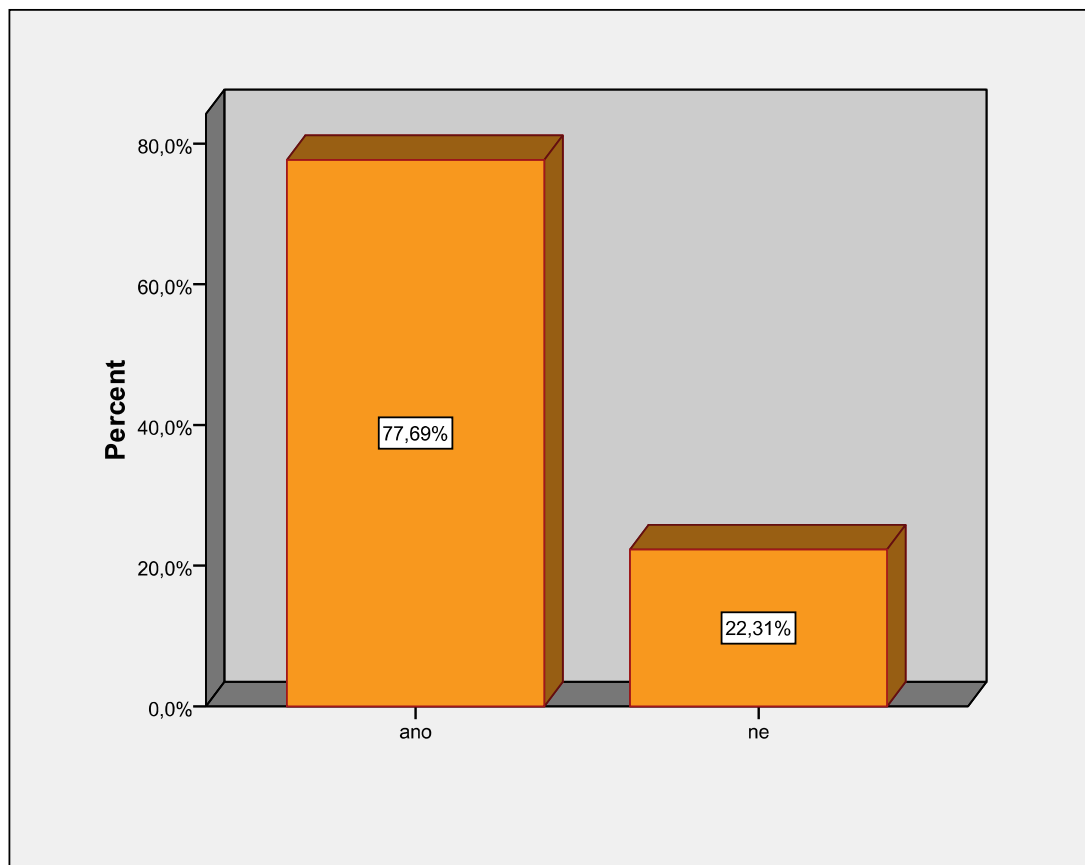
Tento graf znázorňuje, jak často si myslí respondentky, že jsou propláceny gynekologické prohlídky zdravotní pojišťovnou. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných respondentek uvedlo 85 (65,38 %) dotazovaných žen, že gynekologické prohlídky nejsou propláceny zdravotní pojišťovnou, 14 (10,77 %) žen si myslí, že jsou prohlídky propláceny 1x za půl roku, 22 (16,92 %) žen si myslí, že jsou propláceny 1x za rok a 9 (6,92 %) respondentek se domnívá, že jsou gynekologické prohlídky propláceny zdravotní pojišťovnou 1x za rok a půl.

Graf 25 Vyšetření, na která jsou zaměřené gynekologické prohlídky



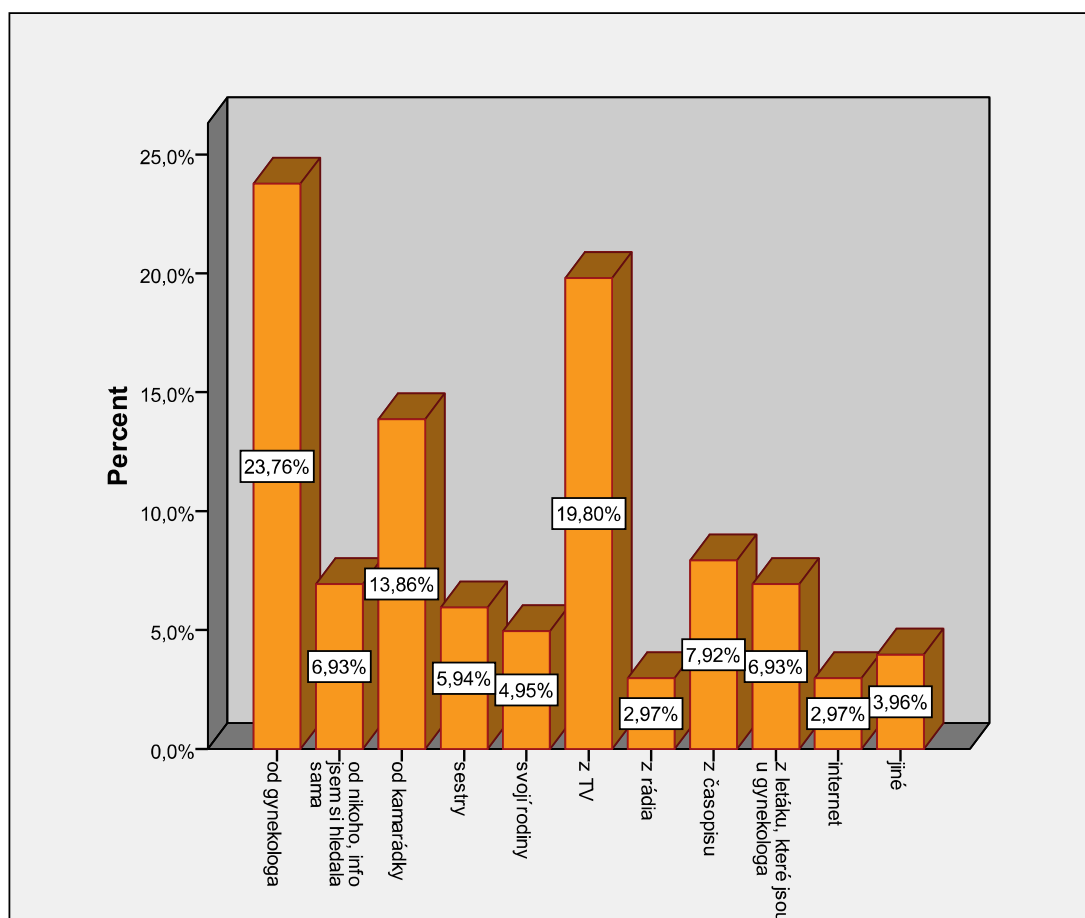
Graf 25 znázorňuje vyšetření, na které jsou gynekologické prohlídky zaměřené, respondentky si mohly vybrat z více druhů odpovědí. 11 respondentek uvedlo, že gynekologické prohlídky jsou zaměřené na vyšetření děložního čípku, 27 respondentek uvedlo, že jsou zaměřené na prevenci rakoviny, 14 respondentek uvedlo, že jsou zaměřené na vyšetření prsů, 16 respondentek se domnívá, že jsou zaměřené na prevenci rakoviny prsů, 6 respondentek uvedlo, že jsou zaměřené na nepravidelné krvácení, 9 respondentek uvedlo, že jsou zaměřené na potíže v přechodu, 6 respondentek se domnívá, že jsou zaměřené na poruchy v sexuálním životě, 22 respondentek si myslí, že jsou zaměřené na užívání antikoncepce a 1 respondentka, která je zahrnuta v odpovědi jiné si myslí, že gynekologické prohlídky jsou zaměřené na potíže s výtoky.

Graf 26 Informovanost o očkování proti karcinomu děložního čípku u romských žen



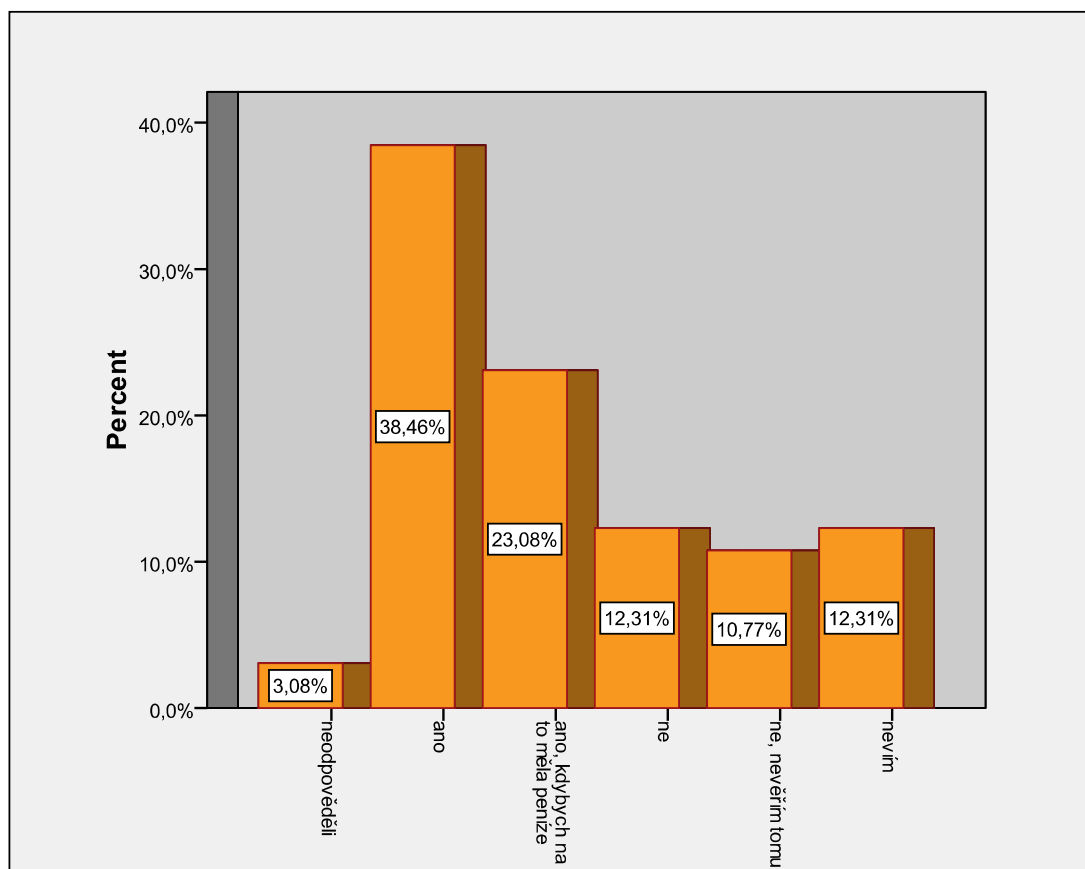
Tento graf znázorňuje, zda jsou dotazované respondentky informované o očkování proti karcinomu děložního čípku. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných 101 (77,69 %) žen odpovědělo, že slyšely o očkování proti karcinomu děložního čípku a 29 (22,31 %) respondentek odpovědělo, že nikdy neslyšely o očkování proti karcinomu děložního čípku.

Graf 27 Zdroje informací o očkování proti karcinomu děložního čípku



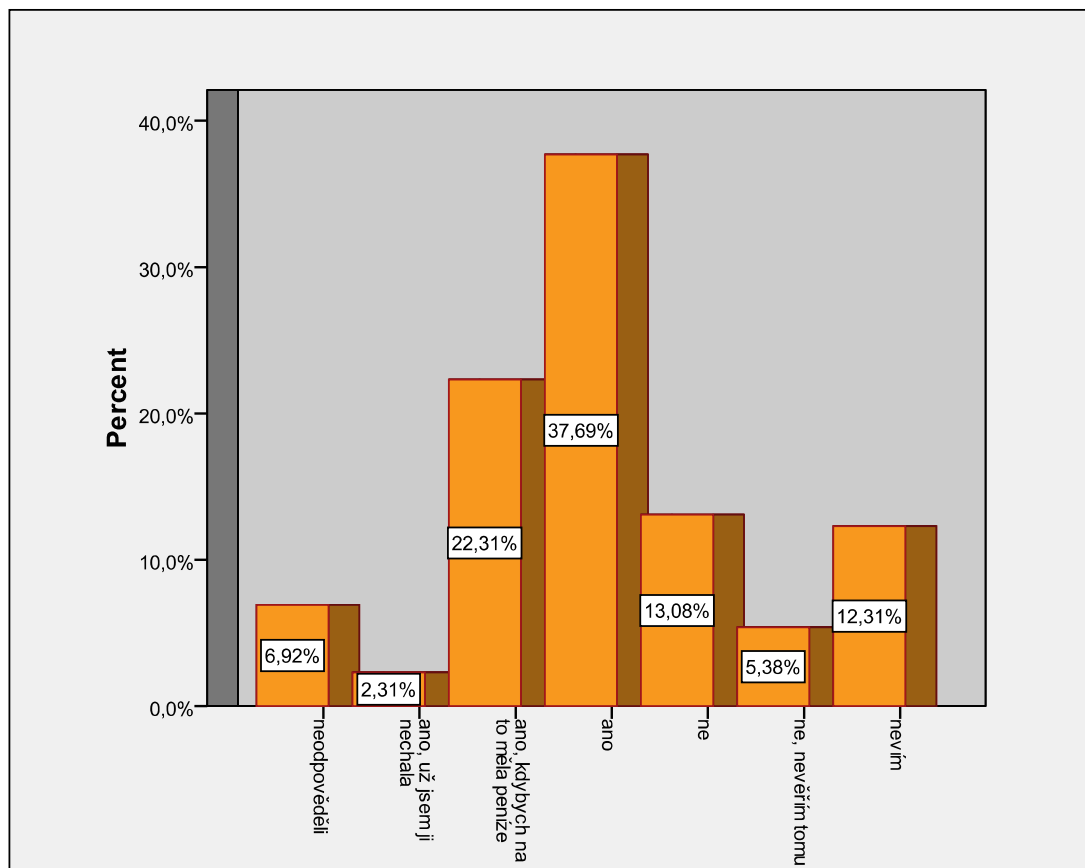
Graf 27 demonstruje zdroj informací o očkování proti karcinomu děložního čípku. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných 24 (23,76 %) respondentek odpovědělo, že o očkování slyšely od gynekologa, 7 (6,93 %) žen o očkování nikde neslyšelo, ale informace si zjišťovaly samy, 14 (13,86 %) žen o očkování slyšelo od kamarádky, 6 (5,94 %) žen o očkování slyšelo od sestry, 5 (4,95 %) o očkování slyšelo od své rodiny, 20 (19,80 %) žen o očkování slyšelo z televize, 3 (2,97 %) ženy z rádia, 8 (7,92 %) žen z časopisu, 7 (6,93 %) žen z letáků, které jsou u gynekologa, 3 (2,97 %) ženy získaly informace z internetu a 4 (3,96 %) ženy jsou zahrnuty do položky jiné, která obsahuje odpovědi, kdy 3 ženy se o očkování proti karcinomu děložního čípku dozvěděly ze školy a 1 žena uvedla odpověď, že se o takové věci prostě zajímá.

Graf 28 Ochota nechat se naočkovat proti karcinomu děložního čípku



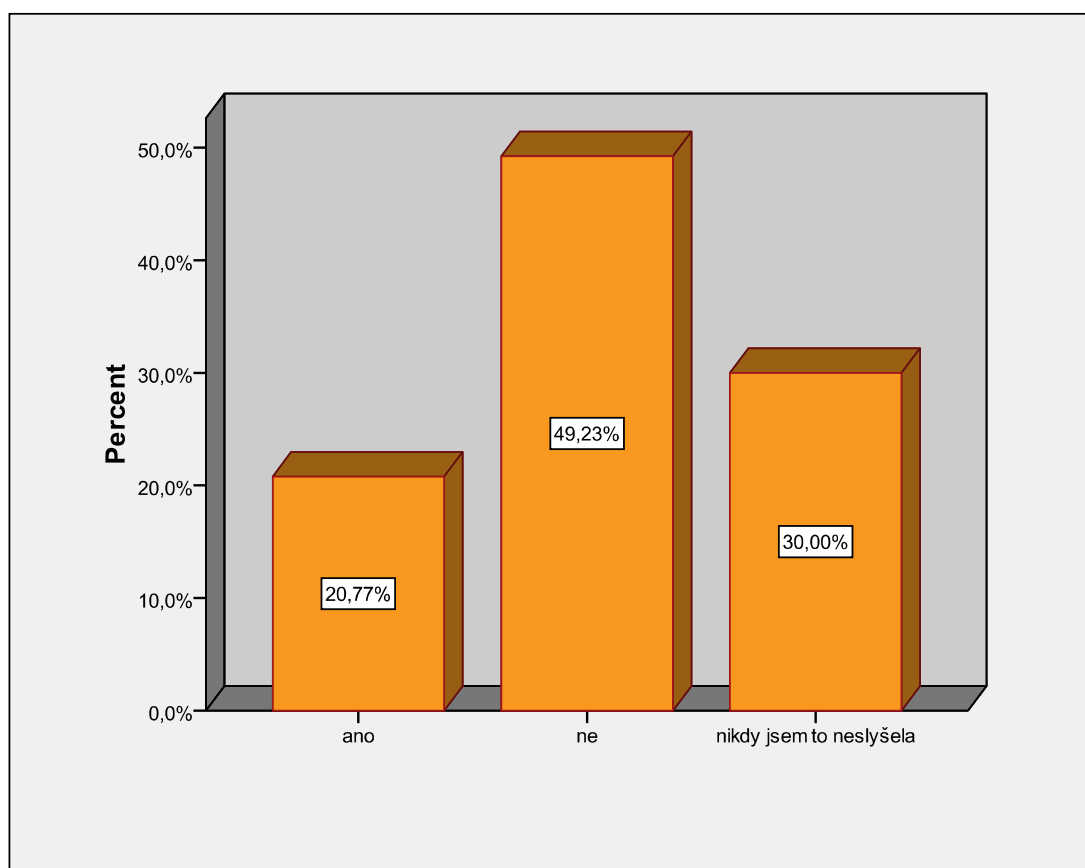
Tento graf znázorňuje ochotu respondentek nechat se naočkovat proti karcinomu děložního čípku. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných 4 (3,08 %) ženy neodpověděly, 50 (38,46 %) respondentek odpovědělo, že by se nechaly naočkovat, 30 (23,08 %) žen odpovědělo, že by se nechaly naočkovat, pokud by na to měly peníze, 16 (12,31 %) žen by se nenechalo naočkovat, 14 (10,77 %) žen by se nenechalo naočkovat, protože nevěří očkování a 16 (12,31 %) žen odpovědělo, že neví, zda by se nechaly naočkovat proti karcinomu děložního čípku.

Graf 29 Ochota respondentek nechat naočkovat svoji dceru proti karcinomu děložního čípku



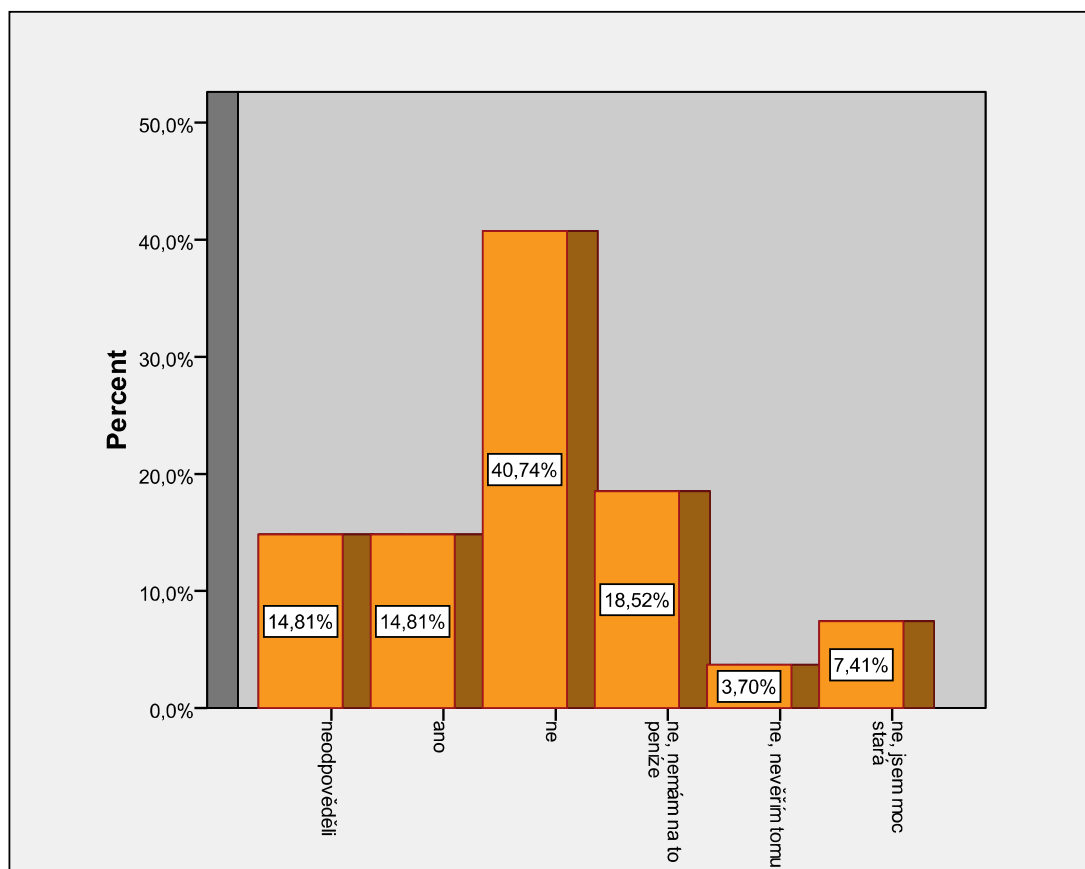
Graf 29 demonstruje ochotu respondentek nechat naočkovat svoji dceru proti karcinomu děložního čípku. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných 9 (6,92 %) žen neodpovědělo, 3 (2,31 %) respondentky odpověděly, že už svou dceru nechaly naočkovat, 29 (22,31 %) žen odpovědělo, že by své dcery nechaly naočkovat, pokud by na očkování měly peníze, 49 (37,69 %) žen by nechalo naočkovat svou dceru, 17 (13,08 %) žen by svou dceru nenechalo naočkovat, 7 (5,38 %) žen by nenechalo svou dceru naočkovat, protože nevěří očkování a 16 (12,31 %) žen odpovědělo, že neví, zda by nechaly naočkovat svou dceru proti karcinomu děložního čípku.

Graf 30 Znalost hormonální substituční léčby romskými ženami



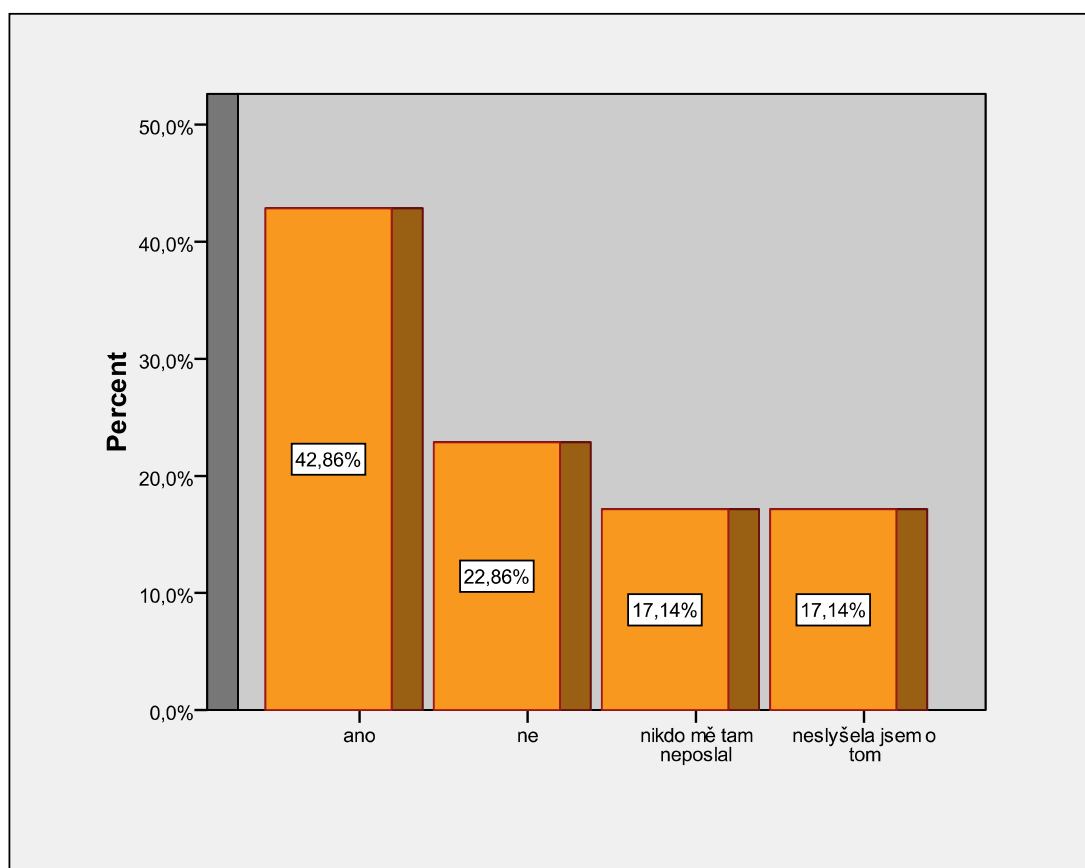
Tento graf demonstruje, zda dotazované respondentky znají hormonální substituční léčbu. Z celkového počtu 130 (100 %) dotazovaných respondentek uvedlo 27 (20,77 %) dotazovaných žen, že znají hormonální substituční léčbu, 64 (49,23 %) žen nezná hormonální substituční léčbu a 39 (30 %) žen nikdy neslyšelo o hormonální substituční léčbě.

Graf 31 Míra užívání hormonální substituční léčby romskými ženami



Tento graf demonstruje, zda dotazované respondentky užívají hormonální substituční léčbu. Z celkového počtu 27 (100 %) dotazovaných respondentek 4 (14,81 %) respondentky neodpověděly, protože ještě nejsou ve věku, aby braly hormonální substituční léčbu, i když ji znají, 4 (14,81 %) ženy odpověděly, že berou hormonální substituční léčbu, 11 (40,74 %) žen odpovědělo, že neberou hormonální substituční léčbu, 5 (18,52 %) žen odpovědělo, že nemají peníze na užívání hormonální substituční léčby, 1 (3,70 %) žena odpověděla, že nevěří hormonální substituční léčbě a 2 (7,41 %) ženy odpověděly, že jsou na užívání hormonální substituční léčby už moc staré.

Graf 32 Vyšetřování prsů pomocí mamografie u dotazovaných respondentek



Tento graf znázorňuje, zda dotazované respondentky navštěvují vyšetření prsů pomocí mamografie. Z celkového počtu 35 (100 %) dotazovaných respondentek 15 (42,86 %) žen odpovědělo, že navštěvuje mamografii, 8 (22,86 %) žen odpovědělo, že nenavštěvuje vyšetření pomocí mamografie, 6 (17,14 %) žen odpovědělo, že je nikdo na mamografii neposlal a 6 (17,14 %) žen nikdy o tomto vyšetření neslyšelo.

4.1.1 Porovnání statistických vztahů/testů - kontingenční tabulky

Kontingenční tabulka 1

Pro statistické testování byla zvolená hladina 5% významnosti a 95% hladina spolehlivosti testů (Pearsonův test chí kvadrát – test nezávislosti a Fischerův přesný Exact test).

Pro testování nezávislosti proměnných (Věk respondentek a Vlastní gynekologický lékař u respondentek) byla stanovena hypotéza.

H: Věk respondentek a Vlastní gynekologický lékař u respondentek nejsou na sobě závislé.

Tabulka 1 Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Věk respondentů * Vlastní gynekologický lékař u respondentek	130	100,0%	0	,0%	130	100,0%

Tabulka 1a Věk respondentů * Vlastní gynekologický lékař u respondentek Crosstabulation

Count	Vlastní gynekologický lékař u respondentek		Total
	ano	ne	
Věk respondentů 10- 15 let	3	11	14
16- 20 let	31	10	41
21 – 25 let	11	1	12
26 – 30 let	14	1	15
31 – 35 let	5	1	6
36 – 40 let	7	0	7
41 – 49 let	18	1	19
50 let a více	12	4	16
Total	101	29	130

Tabulka 1b Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	34,515(a)	7	,000	,000		
Likelihood Ratio	32,430	7	,000	,000		
Fisher's Exact Test	27,972			,000		
Linear-by-Linear Association	9,255(b)	1	,002	,002	,001	,000
N of Valid Cases	130					

a. 8 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,34.

b. The standardized statistic is -3,042.

Ve výstupu dostáváme přehlednou kontingenční tabulku a výsledek Pearsonova testu chí kvadrát (testu nezávislosti stanovených proměnných). Na základě hodnoty Asymp. signifikace v prvním řádku hodnot (0,000), která je menší než 5 %, přijímáme na 95% hladině spolehlivosti hypotézu, že věk respondentek a vlastní gynekologický lékař u respondentek jsou na sobě statisticky závislé (čím jsou respondentky mladší nebo jsou v období stáří, tím více nemají vlastního gynekologa). Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné **jsou na sobě závislé**.

Tento závěr rovněž potvrzuje i Fisherův přesný Exact test, který má hodnotu 0,000. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné **jsou na sobě závislé**.

Kontingenční tabulka 2

Pro statistické testování byla zvolená hladina 5% významnosti a 95% hladina spolehlivosti testů (Pearsonův test chí kvadrát – test nezávislosti a Fischerův přesný Exact test).

Pro testování nezávislosti proměnných (Věk respondentek a Informovanost o očkování proti karcinomu děložního čípku u romských žen) byla stanovena hypotéza.
H: Věk respondentek a Informovanost o očkování proti karcinomu děložního čípku u romských žen nejsou na sobě závislé.

Tabulka 2 Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Věk respondentů * Informovanost o očkování proti karcinomu děložního čípku u romských žen	130	100,0%	0	,0%	130	100,0%

Tabulka 2a Věk respondentů * Informovanost o očkování proti karcinomu děložního čípku u romských žen Crosstabulation

Count		Informovanost o očkování proti karcinomu děložního čípku u romských žen		Total
		ano	ne	
Věk respondentů	10- 15 let	8	6	14
	16- 20 let	31	10	41
	21 – 25 let	11	1	12
	26 – 30 let	12	3	15
	31 – 35 let	4	2	6
	36 – 40 let	6	1	7
	41 – 49 let	15	4	19
	50 let a více	14	2	16
Total		101	29	130

Tabulka 2b Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	6,498(a)	7	,483	,494		
Likelihood Ratio	6,437	7	,490	,572		
Fisher's Exact Test	6,005			,530		
Linear-by-Linear Association	1,949(b)	1	,163	,167	,087	,013
N of Valid Cases	130					

a. 8 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,34.

b. The standardized statistic is -1,396.

Ve výstupu dostáváme přehlednou kontingenční tabulku a výsledek Pearsonova testu chí kvadrát (testu nezávislosti stanovených proměnných). Na základě hodnoty Asymp. signifikace v prvním řádku hodnot (0,483), která je větší než 5 %, zamítáme na 95% hladině spolehlivosti hypotézu, že věk respondentek a informovanost o očkování proti karcinomu děložního čípku u romských žen nejsou na sobě statisticky závislé (čím jsou ženy mladší nebo starší, tím není prokázána souvislost s informovaností o očkování). Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné **nejdou na sobě závislé**.

Tento závěr rovněž potvrzuje i Fisherův přesný Exact test, který má hodnotu 0,530. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné **nejdou na sobě závislé**.

4.2 Výsledky kvalitativního šetření - rozhovory s respondentkami

Rozhovor 1

Žena R.X. romského původu, 28 let, v současné době je zaměstnaná, je vdaná a vzdělání má středoškolské, byla 5x těhotná, z toho však porodila pouze 3 děti. Těhotenství bylo plánované a první dítě porodila v 19-ti letech. Chtěla mít tři děti. Problémy s otěhotněním se nevyskytly, tudíž nemusela jít na umělé oplodnění. Při prvním těhotenství se u respondentky vyskytly zdravotní problémy a tak musela být hospitalizována po dobu dvou týdnů (p. praematurus). Pro respondentku jsou velmi důležité peníze a také proto hrají důležitou roli v tom, kolik bude mít dětí, avšak respondentka chtěla mít pouze tři děti a tak už by jich ani víc nechtěla i kdyby měla více peněz. Respondentka během svého života neměla gynekologické potíže, také pravidelně navštěvuje svého gynekologického lékaře. O očkování proti karcinomu děložního čípku respondentka slyšela a ráda by svou dceru nechala naočkovat.

Tabulka 3 Rozhovor s Respondentkou 1

<i>Věk</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Rodinný stav</i>	<i>Počet těhotenství</i>	<i>Počet porozených dětí</i>	<i>Plánované těhotenství</i>
28 let	základní	vdaná, zaměstnaná	5	3	ano
<i>Věk, kdy respondentka porodila první dítě</i>	<i>Počet chtěných dětí</i>	<i>Problémy s otěhotněním</i>	<i>Těhot. po umělém oplození</i>	<i>Zdr. problémy během těhotenství</i>	<i>Hospitalizace s těhotenstvím</i>
19 let	3	ne	-	ano	ano
<i>Rozhodují peníze o počtu dětí</i>	<i>Více peněz, více dětí</i>	<i>Gynekologické potíže během života</i>	<i>Gynekologické problémy, se kterými respondentka šla ke gynekologovi</i>	<i>Vědomí o očkování proti karcinomu děložního čípku</i>	<i>Ochota nechat naočkovat svou dceru</i>
ano	ne	ne	prevence	ano	ano

Rozhovor 2

Žena L.X. romského původu, 16 let, má dostudovanou pouze základní školu a dál studovat nechce, je svobodná a nezaměstnaná. Zatím ještě nikdy nebyla těhotná, ale přála by si mít 2 děti, holčičku a chlapečka. Respondentka má strach, že bude mít problémy s otěhotněním, jelikož měla gynekologické problémy (cystu na vaječníku) a objevuje se u ní nepravidelná menstruace, kterou doprovází silné bolesti v podbřišku. I přes tyto problémy respondentka pravidelně nenavštěvuje svého gynekologa. Má obavy, že ji gynekolog najde nějakou chorobu. Slečna L.X. slyšela o karcinomu děložního čípku v televizi a ráda by nechala naočkovat alespoň sebe, když zatím nemá děti, ale nemá na očkování potřebné peníze a rodiče u kterých doposud bydlí, ji očkování nechtějí zaplatit, jelikož tvrdí, že jsou to jen vyhozené peníze.

Tabulka 4 Rozhovor s Respondentkou 2

<i>Věk</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Rodinný stav</i>	<i>Počet těhotenství</i>	<i>Počet porozených dětí</i>	<i>Plánované těhotenství</i>
16 let	základní	svobodná, nezaměstnaná	-	-	-
<i>Věk, kdy respondentka porodila první dítě</i>	<i>Počet chtěných dětí</i>	<i>Problémy s otěhotněním</i>	<i>Těhot. po umělém oplození</i>	<i>Zdr. problémy během těhotenství</i>	<i>Hospitalizace s těhotenstvím</i>
-	2	-	-	-	-
<i>Rozhodují peníze o počtu dětí</i>	<i>Více peněz, více dětí</i>	<i>Gynekolog. potíže během života</i>	<i>Gynekologické problémy, se kterými respondentka šla ke gynekologovi</i>	<i>Vědomí o očkování proti karcinomu děložního čípku</i>	<i>Ochota nechat naočkovat svou dceru</i>
-	-	ano, cysta na vaječníku	nepravidelná menstruace, bolesti v podbřišku, cysta na vaječníku	ano	ano

Rozhovor 3

Žena V.X. romského původu, 35 let, nejvyšší ukončené vzdělání je střední odborné učiliště, je vdaná, nyní je na mateřské dovolené, má 5 dětí, těhotná byla 5x, všechny těhotenství byly plánované. První dítě respondentka porodila ve 25-ti letech. Respondentka tvrdí, že chtěla mít pouze tři děti, avšak její manžel chtěl minimálně pět dětí. Respondentka měla problémy s otěhotněním, musela být hormonálně léčena. Během těhotenství se vyskytly zdravotní komplikace a respondentka musela být hospitalizována na měsíc v nemocnici (p. praematurus). U paní V.X. peníze neovlivňují počet porozených dětí, tvrdí, že i kdyby měla více peněz, už by víc dětí nechtěla. Gynekologických obtíží měla během svého života poměrně dost (bolesti břicha, nepravidelnou menstruaci, neustálenou hladinu hormonů, cysty na ováriích). Svého gynekologa nejvíce navštěvuje pokud musí jít na prevenci a pak dále podle potřeby pokud se vyskytne nějaká zdravotní komplikace. Respondentka o očkování proti karcinomu děložního čípku slyšela a určitě by nechala svou dceru naočkovat. „Očkování je určitě jako prevence, ale je o tom málo Romek informováno!!!!“

Tabulka 5 Rozhovor s Respondentkou 3

<i>Věk</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Rodinný stav</i>	<i>Počet těhotenství</i>	<i>Počet porozených dětí</i>	<i>Plánované těhotenství</i>
35 let	učiliště	vdaná, mateřská dovolená	5	5	ano
<hr/>					
<i>Věk, kdy respondentka porodila první dítě</i>	<i>Počet chtěných dětí</i>	<i>Problémy s otěhotněním</i>	<i>Těhot. po umělem oplození</i>	<i>Zdr. problémy během těhotenství</i>	<i>Hospitalizace s těhotenství m</i>
25 let	3	ano	-	ano	ano
<hr/>					
<i>Rozhodují peníze o počtu dětí</i>	<i>Více peněz, více dětí</i>	<i>Gynekolog. potíže během života</i>	<i>Gyn. problémy, se kterými respondentka šla ke gynekologovi</i>	<i>Vědomí o očkování proti karcinomu dělož. čípku</i>	<i>Ochota nechat naočkovat svou dceru</i>
ne	ne	ano, hormonální problémy	nepravidelná menstruace, hormon. probl.	ano	ano

Rozhovor 4

Žena P.X. 45 let, nyní vdaná a nezaměstnaná, vzdělání základní. Respondentka byla těhotná 4x a porodila 4 děti. První těhotenství bylo neplánované, ale zbylé tři plánované, první dítě respondentka porodila ve 21 letech. Respondentka si vždy přála mít pouze dvě děti, ale její manžel chce mít šest dětí a tak se spolu s respondentkou domluvili na počtu dětí. Respondentka neměla žádné problémy s otěhotněním a ani během těhotenství se nevyskytly žádné zdravotní problémy. U respondentky nehrají peníze důležitou roli v tom kolik bude mít dětí, s manželem se domluvili na kompromisu a nechce nic měnit. U respondentky se během života vyskytly nějaké gynekologické obtíže, o kterých však respondentka nechce hovořit. Chodí na pravidelné gynekologické prohlídky. Respondentka slyšela o očkování proti karcinomu děložního čípku z televize a určitě by ráda nechala své dcery naočkovat, avšak v současné době na to s mužem nemají dostatek finančních prostředků.

Tabulka 6 Rozhovor s Respondentkou 4

<i>Věk</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Rodinný stav</i>	<i>Počet těhotenství</i>	<i>Počet porozených dětí</i>	<i>Plánované těhotenství</i>
45 let	základní	vdaná, nezaměstnaná	4	4	ano
<i>Věk, kdy respondentka porodila první dítě</i>	<i>Počet chtěných dětí</i>	<i>Problémy s otěhotněním</i>	<i>Těhot. po umělém oplození</i>	<i>Zdr. problémy během těhotenství</i>	<i>Hospitalizace s těhotenstvím</i>
21 let	2	ne	-	ne	-
<i>Rozhodují peníze o počtu dětí</i>	<i>Více peněz, více dětí</i>	<i>Gynekol. potíže během života</i>	<i>Gynekol. problémy, se kterými respondentka šla ke gynekologovi</i>	<i>Vědomí o očkování proti karcinomu děložního čípku</i>	<i>Ochota nechat naočkovat svou dceru</i>
ne	ne	ano	prevence	ano	ano

Rozhovor 5

Respondentka M.X. 25 let, svobodná a na mateřské dovolené, dosažené vzdělání má střední odborné učiliště. Slečna M.X. byla dvakrát těhotná a porodila dvě děti, tyto těhotenství byly plánované. První dítě porodila v 19-ti letech. Respondentka chtěla mít dvě děti. Problémy s otěhotněním respondentka neměla, ale během těhotenství se problémy vyskytly a slečna M.X. musela být hospitalizována (p. praematurus). U slečny M.X. jsou důležité finance, ale i kdyby měla více peněz už by žádné dítě nechtěla. Gynekologické problémy během života slečna M.X. neměla, pouze má občas silnou menstruaci a to jde ke svému gynekologovi pro radu. O očkování proti karcinomu děložního čípku slyšela a nechala by i naočkovat dceru, jenže dceru nemá, má totiž dva chlapce.

Tabulka 7 Rozhovor s Respondentkou 5

<i>Věk</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Rodinný stav</i>	<i>Počet těhotenství</i>	<i>Počet porozených dětí</i>	<i>Plánované těhotenství</i>
25 let	učiliště	svobodná, na mateřské dovolené	2	2	ano
<i>Věk, kdy respondentka porodila první dítě</i>	<i>Počet chtěných dětí</i>	<i>Problémy s otěhotněním</i>	<i>Těhotenství po umělém oplození</i>	<i>Zdravotní problémy během těhotenství</i>	<i>Hospitalizace s těhotenstvím</i>
19 let	2	ne	-	ano	ano
<i>Rozhodují peníze o počtu dětí</i>	<i>Více peněz, více dětí</i>	<i>Gynekologické potíže během života</i>	<i>Gynekologické problémy, se kterými respondentka šla ke gynekologovi</i>	<i>Vědomí o očkování proti karcinomu děložního čípku</i>	<i>Ochota nechat naočkovat svou dceru</i>
ano	ne	ne	silná menstruace	ano	ano

Rozhovor 6

Paní R.X. 19 let, vdaná, na mateřské dovolené, dosažené vzdělání je střední odborné učiliště. Respondentka byla jednou těhotná a porodila jedno dítě. Toto těhotenství nebylo plánované, avšak když respondentka zjistila, že je těhotná tak se domluvila s přítelem, že si dítě nechají a vezmou se. Dítě se narodilo, když bylo respondentce 18 let. Do budoucna by si paní R.X. přála ještě jedno dítě, avšak to je podmíněno finanční situací. Pokud bude mít dostatek peněz, tak by si přála ještě jedno dítě. Problémy s otěhotněním respondentka neměla, ale během těhotenství se vyskytly nějaké obtíže, pro které musela být respondentka na měsíc hospitalizována (p. praematurus). Respondentka pravidelně navštěvuje svého gynekologa na preventivní prohlídky a doposud se naštěstí neobjevily žádné gynekologické problémy. O očkování proti karcinomu děložního čípku respondentka slyšela a svou dceru by nechala naočkovat, ale zatím na očkování nemá dostatek financí.

Tabulka 8 Rozhovor s Respondentkou 6

<i>Věk</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Rodinný stav</i>	<i>Počet těhotenství</i>	<i>Počet porozených dětí</i>	<i>Plánované těhotenství</i>
19 let	učiliště	vdaná, na mateřské dovolené	1	1	ne
<i>Věk, kdy respondentka porodila první dítě</i>	<i>Počet chtěných dětí</i>	<i>Problémy s otěhotněním</i>	<i>Těhotenství po umělém oplození</i>	<i>Zdr. problémy během těhotenství</i>	<i>Hospitalizace s těhotenstvím</i>
18 let	2	ne	-	ano	ano
<i>Rozhodují peníze o počtu dětí</i>	<i>Více peněz, více dětí</i>	<i>Gynekologické potíže během života</i>	<i>Gynekologické problémy, se kterými respondentka šla ke gynekologovi</i>	<i>Vědomí o očkování proti karcinomu děložního čípku</i>	<i>Ochota nechat naočkovat svou dceru</i>
ano	ano	ne	pouze prevence	ano	ne – nedostatek financí

Rozhovor 7

Paní S.X. 56 let, je podruhé vdaná, pobírá invalidní důchod, nejvyšší dosažené vzdělání má ze základní školy. Respondentka byla čtyřikrát těhotná a z těchto těhotenství porodila tři děti. Všechny tyto těhotenství byly neplánované, ale paní S.X. tvrdí, že co se má stát se stejně stane, že jí nevadí mít tři děti a že je šťastná, že je má. Celý život si přála paní S.X. mít co nejvíce dětí, prý alespoň 6, ale po potratu se rozhodla, že už žádné nechce. První dítě se narodilo, když bylo paní S.X. 17 let. Problémy s otěhotněním respondentka neměla, akorát při posledním těhotenství paní S.X. samovolně potratila a tudíž se rozhodla, že už by asi žádné děti mít neměla. Respondentka nikdy nechodila na pravidelné gynekologické prohlídky, jelikož řeší zdravotní problémy pouze tehdy, pokud se nějaké vyskytnou. Během jejího života se kromě potratu nevyskytly žádné vážné problémy, pro které by musela navštívit gynekologa. O očkování proti karcinomu děložního čípku respondentka slyšela, avšak své dcery by nenechala naočkovat, protože si myslí, že očkování stejně nepomůže.

Tabulka 9 Rozhovor s Respondentkou 7

<i>Věk</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Rodinný stav</i>	<i>Počet těhotenství</i>	<i>Počet porozených dětí</i>	<i>Plánované těhotenství</i>
56 let	základní	vdaná, invalidní důchodkyně	4	3	ne
<i>Věk, kdy respondentka porodila první dítě</i>	<i>Počet chtěných dětí</i>	<i>Problémy s otěhotněním</i>	<i>Těhot. po umělém oplození</i>	<i>Zdravotní problémy během těhotenství</i>	<i>Hospitalizace s těhotenstvím</i>
17 let	6	ne	-	ne	ne
<i>Rozhodují peníze o počtu dětí</i>	<i>Více peněz, více dětí</i>	<i>Gynekologické potíže během života</i>	<i>Gynekologické problémy, se kterými respondentka šla ke gynekologovi</i>	<i>Vědomí o očkování proti karcinomu děložního čípku</i>	<i>Ochota nechat naočkovat svou dceru</i>
ne	ne	ne	pouze pokud se vyskytly nějaké obtíže	ano	ne – nedůvěra v očkování

Rozhovor 8

Paní L.X. 48 let, je rozvedená, pobírá částečný invalidní důchod, nejvyšší dosažené vzdělání má z učiliště. Respondentka byla pětkrát těhotná a porodila pět chlapců. Všechny tyto těhotenství byly plánované. Respondentka si přála mít pět dětí. První dítě se narodilo, když bylo paní L.X. 16 let. Problémy s otěhotněním respondentka neměla, avšak během prvního těhotenství se vyskytly problémy, pro které měla být respondentka hospitalizována, ale tuto hospitalizaci odmítla (p. praematurus). Paní L.X. tvrdí, že i kdyby měla více peněz, už by více dětí nechtěla, protože si stejně přála mít pět dětí, a to se jí splnilo. Respondentka chodila během života na pravidelné gynekologické prohlídky. Během jejího života se občas vyskytovaly problémy, jako jsou výtoky z pochvy či výtoky z bradavek. O očkování proti karcinomu děložního čípku paní L.X. slyšela, ale nevěří tomu a kdyby měla dceru tak by ji nenechala naočkovat (finanční problémy, nedůvěra v očkování).

Tabulka 10 Rozhovor s Respondentkou 8

<i>Věk</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Rodinný stav</i>	<i>Počet těhotenství</i>	<i>Počet porozených dětí</i>	<i>Plánované těhotenství</i>
48 let	učiliště	rozvedená, částečný invalidní důchod	5	5	ano
<i>Věk, kdy respondentka porodila první dítě</i>	<i>Počet chtěných dětí</i>	<i>Problémy s otěhotněním</i>	<i>Těhotenství po umělém oplození</i>	<i>Zdr. problémy během těhotenství</i>	<i>Hospitalizace s těhotenstvím</i>
16 let	5	ne	-	ano	ne
<i>Rozhodují peníze o počtu dětí</i>	<i>Více peněz, více dětí</i>	<i>Gynekolog. potíže během života</i>	<i>Gyn. problémy, se kterými respondentka šla ke gynekologovi</i>	<i>Vědomí o očkování proti karcinomu děl. čípku</i>	<i>Ochota nechat naočkovat svou dceru</i>
ne	ne	ano, výtoky	výtoky z bradavek a pochvy	ano	ne – nedůvěra v očkování, finan. obtíže

Rozhovor 9

Slečna K.X. 15 let, je svobodná, dokončuje základní školu, ráda by pokračovala ve studiu, ale ještě neví v jakém oboru. Slečna K.X. žije u rodičů. Slečna K.X. dosud nebyla nikdy těhotná, ale jednou by si přála mít 2 děti, holčičku a chlapečka. S přítelem si plánují, že se vezmou a založí si rodinu. Slečna K.X. by si přála mít hodně peněz, proto, aby se mohla zahrnovat luxusem a hodně cestovat. U slečny K.X. se zatím nevyskytly žádné vážné problémy, ale prý mají v rodině karcinom prsu a tak má strach, aby se u ní také neprojevil. Také proto slečna K.X. chodí ke gynekologovi. O očkování proti karcinomu děložního čípku slečna K.X. slyšela od matky, ale moc jí to nevysvětlila a stejně prý nemají peníze na to, aby si mohly dovolit ji nechat naočkovat. Slečna K.X. by však chtěla být naočkována proti karcinomu děložního čípku.

Tabulka 11 Rozhovor s Respondentkou 9

<i>Věk</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Rodinný stav</i>	<i>Počet těhotenství</i>	<i>Počet porozených dětí</i>	<i>Plánované těhotenství</i>
15 let	základní	svobodná	0	0	-
<i>Věk, kdy respondentka porodila první dítě</i>	<i>Počet chtěných dětí</i>	<i>Problémy s otěhotněním</i>	<i>Těhotenství po umělém oplození</i>	<i>Zdr. problémy během těhot.</i>	<i>Hospitalizace s těhotenstvím</i>
-	2	-	-	-	-
<i>Rozhodují peníze o počtu dětí</i>	<i>Více peněz, více dětí</i>	<i>Gynekologické potíže během života</i>	<i>Gyn. problémy, se kterými respondentka šla ke gynekologovi</i>	<i>Vědomí o očkování proti karcinomu děl. čípku</i>	<i>Ochota nechat naočkovat svou dceru</i>
ne	-	ne	prevence	ano	přála by si být naočkována

Souhrnná tabulka 12 Rozhovory s respondentkami

R = Respondentka	Věk	Vzdělání	Rodinný stav	Počet těhotenství	Počet porozených dětí	Plánované těhotenství
R 1	28 let	středoškolské	vdaná, zaměstnaná	5	3	ano
R 2	16 let	základní	svobodná, nezaměstnaná	0	0	-
R 3	35 let	učiliště	vdaná, na mateřské dovolené	5	5	ano
R 4	45 let	základní	vdaná, nezaměstnaná	4	4	ano
R 5	25 let	učiliště	svobodná, na mateřské dovolené	2	2	ano
R 6	19 let	učiliště	vdaná, na mateřské dovolené	1	1	ne
R 7	56 let	základní	vdaná, invalidní důchodkyně	4	3	ne
R 8	48 let	učiliště	rozvedená, částečný invalidní důchod	5	5	ano
R 9	15 let	základní	svobodná	0	0	-

R	<i>Věk, kdy respondentka porodila první dítě</i>	<i>Počet chtěných dětí</i>	<i>Problémy s otěhotněním</i>	<i>Těhotenství po umělém oplození</i>	<i>Zdravotní problémy během těhotenství</i>
<i>R 1</i>	19 let	3	ne	-	ano
<i>R 2</i>	-	2	-	-	-
<i>R 3</i>	25 let	3	ano	-	ano
<i>R 4</i>	21 let	2	ne	-	ne
<i>R 5</i>	19 let	2	ne	-	ano
<i>R 6</i>	18 let	2	ne	-	ano
<i>R 7</i>	17 let	6	ne	-	ne
<i>R 8</i>	16 let	5	ne	-	ano
<i>R 9</i>	-	2	-	-	-
R	<i>Hospitalizace s těhotenstvím</i>	<i>Rozhodují peníze o počtu dětí</i>	<i>Více peněz, více dětí</i>	<i>Gynekologické potíže během života</i>	
<i>R 1</i>	ano	ano	ne	ne	
<i>R 2</i>	-	-	-	ano	
<i>R 3</i>	ano	ne	ne	ano	
<i>R 4</i>	-	ne	ne	ano	
<i>R 5</i>	ano	ano	ne	ne	
<i>R 6</i>	ano	ano	ano	ne	
<i>R 7</i>	-	ne	ne	ne	
<i>R 8</i>	ne	ne	ne	ano	
<i>R 9</i>	-	ne	-	ne	

R	<i>Gynekologické problémy, se kterými respondentka šla ke gynekologovi</i>	<i>Vědomí o očkování proti karcinomu děložního čípku</i>	<i>Ochota nechat naočkovat svou dceru</i>
R 1	prevence	ano	ano
R 2	nepravidelná menstruace, bolesti v podbřišku, cysta na vaječníku	ano	ano
R 3	nepravidelná menstruace, neustálená hladina hormonů apod.	ano	ano
R 4	prevence	ano	ano
R 5	silná menstruace	ano	ano
R 6	pouze prevence	ano	ne – nedostatek financí
R 7	pouze pokud se vyskytly nějaké obtíže	ano	ne – nedůvěra v očkování
R 8	výtoky z bradavek a pochvy	ano	ne – nedůvěra v očkování, finanční obtíže
R 9	prevence	ano	přála by si být naočkována

Souhrnná tabulka 12 znázorňuje odpovědi dotázaných respondentek. Mezi nejvyšší dosažené vzdělání u respondentek se řadí základní vzdělání u 4 žen, střední odborné učiliště u 4 žen a středoškolské vzdělání pouze u jedné ženy. Pět žen z devíti je vdaných, 1 rozvedená a tři svobodné. Dále pět žen z devíti dotázaných své těhotenství plánovalo, dvě ženy neplánovaly a dvě ženy ještě nebyly těhotné. K porodu prvního dítěte u dotázaných respondentek došlo v 16-ti, 17-ti, 18-ti letech, dvě respondentky porodily v 19-ti letech a jedna ve 21 letech a jedna ve 25-ti letech. Šest respondentek z devíti nemělo problém s otěhotněním, jedna ano a dvě respondentky neodpověděly, jelikož nebyly těhotné. U pěti žen se vyskytly zdravotní problémy během těhotenství a z těchto pěti žen se nechaly hospitalizovat pouze 4 ženy, zbylé dotázané ženy neměly problémy s těhotenstvím nebo nebyly ještě těhotné. Šest dotázaných žen z devíti odpovědělo, že množství peněz u nich neovlivňuje počet chtěných a porozených dětí, 2 ženy neodpověděly a jedna žena uvedla, že množství peněz ovlivňuje počet chtěných

porozených dětí. Mezi nejčastější gynekologické problémy, se kterými šly dotázané respondentky ke svému gynekologovi se řadí silná či nepravidelná menstruace, a to ve třech případech, výtoky z pochvy, bradavek v jednom případě, preventivní prohlídky ve čtyřech případech a jedna žena uvedla, že ke gynekologovi chodí pouze pokud se vyskytnou nějaké obtíže. Všech devět dotázaných žen slyšelo o očkování proti karcinomu děložního čípku a z těchto devíti žen by šest žen nechalo svou dceru naočkovat a tři ženy nenechaly, a to z důvodu nedůvěry v očkování či nedostatku finančních prostředků.

5. Diskuse

Při získávání dat do kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření mě velice překvapily některé romské ženy, které se mnou spolupracovaly velmi ochotně a samy mě i dále nabízely, že pokud bych ještě s něčím potřebovala pomoci, že budou velice rády spolupracovat, ale na druhou stranu se objevilo i pár romských žen, které nekompromisně nechtěly mít nic společného s výzkumným šetřením a také to patřičně daly najevo.

První okruh otázek v dotazníkovém šetření pro kvantitativní výzkum sloužil k identifikaci respondentek, tyto otázky byly zaměřené na věk (Graf 1), vzdělání (Graf 2) respondentek, na rodinný stav (Graf 3) a na pracovní stav (Graf 4) respondentek. Největší věkové zastoupení bylo dívek ve věku 16 – 20 let, což bylo 31,54 %, dále ženy ve věku 41 - 49 let (14,92 %), 12,31 % ve věku od 50 let a více, 11,54 % ve věku od 26 – 30 let, 10,77 % ve věku od 10 – 15 let, 9,23 % ve věku od 21 – 25 let, 5,38 % ve věku od 36 – 40 let a 4,62 % ve věku od 31 – 35 let. 36,92 % respondentek má ukončenou základní školu, 30,77 % respondentek má ukončené střední odborné vzdělání, 20,77 % má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou, 7,69 % respondentek má ukončenou praktickou školu, 2,31 % respondentek školu vůbec nenavštěvovaly, což je zarážejí, protože vzdělání v ČR je dané Ústavou, kde je zakotvené právo na vzdělání. 1,54 % respondentek má ukončené vysokoškolské vzdělání. 52,31 % respondentek uvedlo, že jsou svobodné, 33,85 % respondentek uvedlo, že jsou vdané, 9,23 % respondentek uvedlo, že jsou rozvedené a 4,62 % respondentek uvedlo, že jsou vdovy. 33,85 % respondentek uvedlo, že jsou studentky, 23,85 % respondentek uvedlo, že jsou zaměstnané, 13,85 % dotazovaných žen uvedlo, že jsou na mateřské dovolené, 10,77 % dotazovaných žen uvedlo, že jsou vedené na Úřadu práce, 10 % žen uvedlo, že pobírá invalidní důchod, 6,62 % žen uvedlo, že jsou nezaměstnané a 0,77 %, což je jedna žena uvedla, že pobírá starobní důchod.

V kvalitativním šetření, kdy byl prováděn rozhovor s devíti romskými ženami, bylo překvapující, že pouze jedna dotázaná respondentka má středoškolské vzdělání a zbytek dotazovaných žen má jako nejvyšší dosažené vzdělání učiliště či základní školu, což se potvrdilo i v dotazníkovém šetření u respondentek.

Počet dětí, které respondentky porodily, je znázorněn na Grafu 5. V dotazníkovém šetření uvedlo 46,92 % dotazovaných respondentek, že ještě nikdy nerodily, 19,23 % respondentek uvedlo, že porodily dvě děti, 13,08 % respondentek uvedlo, že porodily tři děti, 12,31 % romských žen uvedlo, že porodily pouze jedno dítě, 5,38 % respondentek uvedlo, že porodily čtyři děti, 2,31 % dotazovaných romských žen porodilo 5 dětí a 0,77 % respondentek uvedlo, že porodily 6 a více dětí. Balabánová ve své literatuře uvádí, že romské ženy nerady rodí v porodnicích, jelikož mají nedůvěru v lékaře, a proto se také stává, že často ihned po porodu utíkají z porodnice domů za svými dalšími dětmi a mužem. I dnes se občas stává, že romské ženy porodí své dítě doma v kuchyni (14).

Graf 6 se zabývá počtem těhotenství u dotazovaných romských respondentek. 39,23 % respondentek uvedlo, že ještě nikdy nebyly těhotné, 16,15 % dotazovaných romských žen uvedlo, že byly těhotné dvakrát, 13,85 % respondentek uvedlo, že těhotné byly pouze jednou, 11,54 % dotazovaných romských žen uvedlo, že byly těhotné třikrát, 10 % respondentek uvedlo, že byly těhotné čtyřikrát, 5,38 % respondentek uvedlo, že byly těhotné šest a vícekrát a 3,85 % dotazovaných romských žen uvedlo, že byly těhotné pětkrát. Jak tvrdí dostupná literatura (38, 39), tak těhotenství má veliký význam, jelikož počtem narozených dětí si romská rodina posiluje svou prestiž.

Věk, kdy došlo k prvnímu sexuálnímu styku u dotazovaných romských respondentek demonstruje Graf 7. Nejvíce, tedy 20 % respondentek uvedlo, že ještě nikdy u nich nedošlo k sexuálnímu styku, stejné procentuelní zastoupení, tudíž 20 % má odpověď dotazovaných respondentek, že první sexuální styk mělo v 15-ti letech, 17,69 % dotazovaných romských žen uvedlo, že první sexuální styk mělo v 16-ti letech. Mezi další odpovědi dotazovaných respondentek patří, že 15,38 % respondentek mělo první sexuální styk v 17-ti letech, 9,23 % dotazovaných respondentek mělo první sexuální styk ve 14-ti letech, 7,69 % respondentek uvedlo, že k prvnímu sexuálnímu styku došlo v 18-ti letech, 4,62 % dotazovaných romských žen uvedlo, že k sexuálnímu styku došlo již ve 13-ti letech, 3,08 % dotazovaných respondentek uvedlo, že první sexuální styk měly v 19-ti letech, 1,54 % respondentek uvedlo, že mělo první sexuální styk ve 23 letech a 0,77 % respondentek uvedlo, že měly první sexuální styk ve

20-ti letech. Překvapilo mě, že poměrně velké procento romských žen zahájilo svůj sexuální život až v 15-ti letech, jelikož jsem se domnívala, že větší procentuální zastoupení bude mít nižší věková kategorie romských žen.

V Graf 8 je znázorněn věk prvního těhotenství u dotazovaných romských žen. 40 % respondentek odpovídalo, že ještě nikdy nebyly těhotné, 9,23 % respondentek uvedlo, že byly poprvé těhotné v 15-ti letech, 12,31 % dotazovaných respondentek uvedlo, že byly poprvé těhotné v 16-ti letech. Mezi další nejčastější odpovědi patří, že 8,46 % respondentek uvedlo, že byly poprvé těhotné v 17-ti letech, 6,92 % dotazovaných romských žen byly poprvé těhotné v 18-ti letech, 5,38 % respondentek uvedlo, že v 19-ti letech, 3,85 % dotazovaných respondentek ve 20-ti letech a stejné procentuální zastoupení, tudíž 3,85 % má odpověď dotazovaných respondentek, že byly poprvé těhotné ve 22 letech, 2,31 % respondentek uvedlo, že byly poprvé těhotné ve 14-ti letech, 1,54 % respondentek ve 23 letech, 1,54 % respondentek ve 24 letech, 1,54 % respondentek ve 25-ti letech, 1,54 % respondentek ve 26-ti letech, 0,77 % respondentek uvedlo, že byly poprvé těhotné ve 27 letech a 0,77 % respondentek ve 21-ti letech. V použité literatuře (38, 39) je uvedeno, že pokud romská žena zjistí, že je těhotná, tak se musí řídit určitými pravidly, jako je například, že se nesmí dívat na tělesně postižené lidi či na zesnulého. Dále by se těhotná žena měla vyhýbat zvířatům, která mají srst, protože Romové věří, že by dítě bylo porostlé srstí. Těhotná žena by měla dostat vše na co má chuť a neměla by se nijak omezovat. Pro Romy je důležité, aby se těhotná žena nelekla, jinak by se mohlo stát, že žena předčasně porodí.

Na Grafu 9 je znázorněno plánované těhotenství u dotazovaných respondentek. Zde si dotazované romské ženy mohly vybrat z více druhů odpovědí. 50 respondentek uvedlo, že těhotenství neplánovaly, 25 respondentek neodpovědělo, protože ještě nikdy nebyly těhotné, 16 respondentek uvedlo, že těhotenství neplánovaly, ale povedlo se to, 15 respondentek uvedlo, že těhotenství plánovaly, 13 respondentek uvedlo, že otěhotněly hned po domluvě s partnerem, 8 respondentek uvedlo, že těhotenství neplánovaly, ale nebraly žádnou antikoncepci a 7 respondentek uvedlo, že otěhotněly po vysazení antikoncepce. V kvalitativním šetření se ukázalo, že z devíti dotázaných romských žen celkem pět žen mělo plánované těhotenství, dvě ženy měly neplánované

těhotenství a dvě ženy ještě nebyly těhotné. V otázce plánovaného těhotenství jsem se domnívala, že romské ženy dnes již téměř všechny plánují své těhotenství, a tudíž mě velice překvapilo, že v dotazníkovém šetření se ukázalo, že většina romských žen své těhotenství neplánovala. Také mě překvapil rozdíl mezi kvalitativním a kvantitativním šetření, neboť v kvalitativním šetření se ukázalo, že většina romských žen své těhotenství plánovala. F. Macků uvádí, že plánované rodičovství znamená, že zplodění dítěte nemá být náhodné či nechtěné, ale plánované a uvědomělé. Dále uvádí, že pozitivní plánované rodičovství zahrnuje touhy a přání manželů zplodit dítě v určitém termínu (37).

Věk, kdy dotazované respondentky prvně porodily dítě je demonstrován na Grafu 10. Ze 100 % dotázaných respondentek uvedlo 46,15 % respondentek, že ještě nikdy neprodily dítě, 35,38 % respondentek uvedlo, že porodilo první dítě ve věku 16-20 let, 13,08 % respondentek uvedlo, že první dítě porodily ve věku 21-25 let, 3,08 % respondentek uvedlo, že první dítě porodily do 15 let věku a 2,31 % respondentek uvedlo, že první dítě porodily ve věku 26-30 let. Překvapilo mě, že k porodu prvního dítěte u romských žen dochází ve věkovém rozmezí 16- 20 let nejvíce. Domnívala jsem se, že výsledky šetření ukážou, že romské ženy rodí děti více ve věku 13-15 let. V kvalitativním šetření se ukázalo, že jedna žena porodila své první dítě již v 16-ti letech, jedna v 17-ti letech, jedna v 18-ti letech, jedna ve 21 letech, jedna ve 25-ti letech, dvě ženy porodily své první dítě v 19-ti letech a dvě ženy ještě nerodily.

Na Grafu 11 jsou sledovány zdravotní potíže romských žen během těhotenství. Respondentky si mohly vybrat z více druhů odpovědí. 46 dotazovaných žen odpovědělo, že žádné zdravotní potíže během těhotenství neměly, 14 respondentek odpovědělo, že krvácely, 8 dotazovaných žen odpovědělo, že jim tvrdlo břicho, 6 žen odpovědělo, že měly bolesti, 6 žen se předčasně otevíralo, dvěma ženám předčasně otekla plodová voda a 1 žena odpověděla, že měla porod po termínu, který lékaři museli vyvolávat injekcemi. V kvalitativním šetření mělo pět žen z devíti dotázaných zdravotní problémy během těhotenství. Bylo překvapující, že z těchto pěti žen se pouze jedna žena nenechala hospitalizovat s problémy během těhotenství. Domnívám se, že více žen odmítne hospitalizaci, jelikož mají nedůvěru ve zdravotnický personál.

Hospitalizace dotazovaných romských žen během těhotenství je demonstrována na Grafu 12, kdy 65,38 % dotazovaných respondentek odpovědělo, že ještě nikdy neporodily dítě a tudíž nikdy nebyly hospitalizované s těhotenstvím, 13,08 % respondentek uvedlo, že byly hospitalizované během těhotenství, 11,54 % respondentek uvedlo, že i když měly během těhotenství zdravotní potíže, tak v nemocnici nezůstaly ležet, 5,38 % respondentek uvedlo, že byly hospitalizované během těhotenství, ale podepsaly revers a 4,62 % respondentek uvedlo, že i přes zdravotní potíže během těhotenství v nemocnici nezůstaly a hned podepsaly revers.

Graf 13 se zabývá délkou pobytu romských žen v nemocnici po porodu. V dotazníkovém šetření 42,31 % respondentek neodpovědělo, protože ještě nikdy neporodily dítě, 22,31 % respondentek zůstalo po porodu v nemocnici déle než tři dny, 10 % respondentek uvedlo, že po porodu odešly domů za svým partnerem, stejné procentuelní zastoupení, tudíž 10 % respondentek zůstalo po porodu v porodnici 3 dny, 8,46 % respondentek uvedlo, že po porodu zůstaly v porodnici jeden den, 6,15 % respondentek zůstalo v porodnici 2 dny a 0,77 % respondentek musely odejít z porodnice domů za svými dětmi. Dle Balabánové často romské ženy ihned po porodu utíkají z porodnice domů za svými dalšími dětmi a mužem a svou roli zde hraje i nedůvěra ve zdravotnický personál (14). Čepický a Chmel uvádí, že šestinedělí je období života ženy, kdy dochází k bio-psycho-sociálním změnám, které mohou zkreslovat klinický obraz jakékoli nemoci. Dále že je nutné v šestinedělí dodržovat zvýšenou hygienu, která snižuje riziko vzniku zánětlivých onemocnění, proto je velmi důležitá hygiena rukou, jelikož při nedostatečné hygieně rukou může docházet k přenosu infekce na novorozence (16, 27).

Na sexuální zdrženlivost romských žen v šestinedělí poukazuje Graf 14. V dotazníkovém šetření se z celkového počtu 100 % dotazovaných romských žen ukázalo, že 40 % respondentek dodržuje sexuální zdrženlivost v šestinedělí, 36,92 % respondentek neodpovědělo, protože ještě nikdy neporodily dítě a 23,08 % respondentek nedodržuje sexuální zdrženlivost v šestinedělí.

Graf 15 sleduje množství potratů při zjištěných těhotenstvích u dotazovaných respondentek. V dotazníkovém šetření 35,38 % respondentek odpovědělo, že nebyly

na potratu, 30,77 % romských žen neodpovědělo, jelikož ještě nikdy nebyly těhotné, 26,92 % žen odpovědělo, že by nikdy nešly na potrat a 6,92 % respondentek odpovědělo, že byly na potratu po zjištěném těhotenství. Romská žena, která potratila své dítě byla považována za nemocnou a nebo také mohla být začarovaná. Dalším důvodem potratu mohlo být, že romská žena uviděla něco nečistého či potratila kvůli zvedání těžkých věcí (11).

Na Grafu 16 je znázorněn vliv rodičů dotazovaných respondentek na počet dětí u respondentek. V dotazníkovém šetření 46,15 % dotazovaných žen odpovědělo, že jim do počtu dětí rodiče nemluví, 17,69 % žen odpovědělo, že jim do toho rodiče nemluví a ani to nikdy nezkoušeli, 13,08 % romských žen odpovědělo, že jim do počtu dětí rodiče zkoušeli mluvit, ale že už nic neříkají, 12,31 % respondentek odpovědělo, že jim rodiče mluví do počtu dětí, ale oni je neposlouchají, 8,46 % romských žen neodpovědělo a 2,31 % respondentek odpovědělo, že musí své rodiče poslechnout. Dle Malochové byl romským dívkám manžel vybírán rodiči. Ovšem svatba se mohla uskutečnit pouze za předpokladu, že obě rodiny byly v přátelském vztahu a také na stejné materiální úrovni. Pouze ojediněle se stávalo, že se do sebe zamilovali dívka s chlapcem proti vůli rodičů (38).

Jakým způsobem ovlivňuje snížený socioekonomický statut romských rodin počet narozených dětí? V kvalitativním šetření se ukázalo, že z devíti dotázaných romských žen u pěti žen nerozhodují peníze o počtu dětí, u tří žen rozhodují peníze o počtu dětí a jedna žena na tuto otázku neodpověděla. Z této otázky plyne další otázka, zda kdyby měli romské ženy více peněz, zda by to ovlivnilo počet porozených dětí. V kvalitativním šetření se ukázalo, že šest žen i kdyby měly více peněz, tak by neměly více dětí, jedna žena, pokud by měla více peněz by měla i více dětí a dvě ženy na tuto otázku neodpověděly.

Druh užívané antikoncepce u dotazovaných respondentek je demonstrován na Grafu 17, kdy si respondentky mohly vybrat z více druhů odpovědí. 93 respondentek uvedlo, že neužívají žádnou antikoncepci, 23 respondentek uvedlo, že užívají hormonální antikoncepci (pilulky), 14 respondentek uvedlo, že používají kondom, 7 respondentek uvedlo, že neužívají žádnou antikoncepci, protože na ní nemají peníze,

7 respondentek uvedlo, že mají přerušovanou soulož, 4 respondentky uvedly, že mají zavedené tělísko a 1 respondentka uvedla, že používá metodu plodných a neplodných dnů. Míra ve své literatuře udává, že metody, u nichž se využívá neplodných dnů nebo přerušovaný pohlavní styk, jsou málo spolehlivé. Kondom či spermicidní prostředky, jsou výhodné, jelikož chrání před sexuálně přenosnými chorobami a také jsou více spolehlivé než přerušovaná soulož nebo metoda plodných a neplodných dnů (41).

Na Grafu 18 je znázorněn věk první gynekologické prohlídky u dotazovaných respondentek. Z dotazníkového šetření je patrné, že 33,85 % dotázaných romských žen byly na první gynekologické prohlídce v 15-ti letech, 13,85 % respondentek v 16-ti letech, 12,31 % respondentek, ještě nikdy nebyly na gynekologické prohlídce, 12,31 % respondentek v 17-ti letech, 9,23 % respondentek ve 14-ti letech, 9,23 % ve 13-ti letech, 4,62 % respondentek v 18-ti letech, 3,08 % respondentek bylo na gynekologické prohlídce již ve 12-ti letech, 0,77 % respondentek bylo na první gynekologické prohlídce v 10-ti letech a 0,77 % respondentek bylo na první gynekologické prohlídce v 19-ti letech. Jak uvádí dostupný internetový zdroj (4), tak mnoho žen nenavštěvuje svého gynekologa na pravidelné preventivní prohlídky, jelikož je považují za zbytečné. Gynekologické preventivní prohlídky se provádějí zejména kvůli nádorům děložního čípku, a proto jsou pravidelné preventivní prohlídky u gynekologa důležité. V České republice je stanovený interval dle České gynekologicko-porodnické společnosti k provádění preventivních gynekologických prohlídek jedenkrát ročně. Tento interval je nutný proto, aby lékař mohl včas zachytit případný rozvíjející se nádor děložního čípku.

Hlavní důvody první návštěvy gynekologa u dotazovaných respondentek je znázorněno na Grafu 19, respondentky si mohly vybrat z více druhů odpovědí. 39 respondentek u gynekologa bylo, protože nedostaly menstruaci, 31 respondentek uvedlo, že na první gynekologické prohlídce byly, protože si myslely, že jsou těhotné, 27 respondentek mělo výtok, 19 respondentek bylo na gynekologické prohlídce, protože silně krvácely, 16 respondentek uvedlo, že ještě nikdy nebyly u gynekologa, 15 respondentek uvedlo, že chtěly předepsat antikoncepci, 4 respondentky uvedly, jako důvod první návštěvy gynekologa preventivní prohlídku. V kvalitativním šetření se ukázalo, že mezi důvody návštěvy gynekologa patří preventivní prohlídka, a to

u čtyřech respondentek. Mezi další důvody návštěvy gynekologa patří silná menstruace, výtoky či jiné gynekologické obtíže.

Graf 20 znázorňuje, zda dotazované romské ženy mají svého gynekologického lékaře. Z celkového počtu 100 % dotazovaných, uvedlo 77,69 % romských žen, že má svého gynekologického lékaře a 22,31 % respondentek uvedlo, že nemá svého gynekologického lékaře. Pro tuto otázku bylo použito porovnání statistických vztahů mezi dvěma proměnnými. Byla stanovena hypotéza: Věk respondentek a vlastní gynekologický lékař u respondentek nejsou na sobě statisticky závislé, což se statisticky nepotvrdilo (čím jsou respondentky mladší nebo jsou v období stáří, tím více nemají vlastního gynekologa). Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé. Tento závěr rovněž potvrzuje i Fisherův přesný Exact test, který má hodnotu 0,000.

Na Grafu 21 je sledováno, zda dotázané respondentky chodí na pravidelné návštěvy ke gynekologovi. V dotazníkovém šetření uvedlo 49,23 % respondentek, že navštěvují gynekologa pravidelně, 29,23 % respondentek nenavštěvují svého gynekologa pravidelně, 19,23 % respondentek navštěvují svého gynekologa pouze občas a 2,31 % respondentek uvedlo, že nenavštěvují svého gynekologa pravidelně, protože si myslí, že už jsou staré.

Jak často navštěvují romské ženy svého gynekologa je demonstrováno na Grafu 22. V dotazníkovém šetření 48,31 % respondentek uvedlo, že navštěvují svého gynekologa 1x za půl roku, 23,60 % respondentek uvedlo, že navštěvuje svého gynekologa 1x za rok, 8,99 % respondentek navštěvuje svého gynekologa 1x za rok a půl, 7,87 % respondentek navštěvuje svého gynekologa 1x za dva roky, 5,62 % respondentek uvedlo, že navštěvuje gynekologa 1x za dva a půl roku a stejné procentuelní zastoupení, tedy 5,62 % má odpověď dotázaných romských žen, že navštěvují svého gynekologa za tři roky a déle.

Graf 23 demonstruje důvody návštěv gynekologických ordinací, respondentky si mohly vybrat z více druhů odpovědí. 29 respondentek uvedlo, že tam chodí proto, aby nedostaly rakovinu, 26 respondentek uvedlo, že tam chodí, když mají výtok, 23 respondentek uvedlo, že si tam chodí pro recept na antikoncepci, 23 respondentek uvedlo, že ke gynekologovi chodí, když si myslí, že jsou těhotné, 23 respondentek tam

chodí, když mají bolesti, 16 respondentek nechodí ke gynekologovi vůbec, 13 respondentek odpovědělo na položku jiné, kdy z toho 11 respondentek uvedlo jako důvod návštěvy gynekologa preventivní prohlídku a 2 respondentky uvedly, že tam chodí na kontroly, 12 respondentek uvedlo, že tam chodí, když mají silné krvácení, 4 respondentky si chodí ke gynekologovi pro léky, které užívají v přechodu, 4 respondentky tam chodí na výměnu tělíška a 1 respondentka chodí ke gynekologovi, jelikož nemůže otěhotnět.

Graf 24 znázorňuje, jak často si myslí dotázané romské ženy, že jsou propláceny gynekologické prohlídky zdravotní pojišťovnou. Z celkového počtu 100 % dotázaných respondentek uvedlo 65,38 % romských žen, že gynekologické prohlídky nejsou propláceny zdravotní pojišťovnou, 16,92 % romských žen si myslí, že jsou propláceny 1x za rok, 10,77 % žen si myslí, že jsou prohlídky propláceny 1x za půl roku a 6,92 % romských žen se domnívá, že jsou gynekologické prohlídky propláceny zdravotní pojišťovnou 1x za rok a půl. V České republice je stanovený interval provádění preventivních gynekologických prohlídek jedenkrát ročně. Tento interval je nutný proto, aby lékař mohl včas zachytit případný rozvíjející se nádor děložního čípku, jak uvádí dostupný internetový zdroj (4).

Na jaká vyšetření, dle mínění dotázaných respondentek jsou gynekologické prohlídky zaměřené, nám ukazuje Graf 25, kdy si respondentky mohly vybrat z více druhů odpovědí. 27 respondentek uvedlo, že jsou zaměřené na prevenci rakoviny, 22 respondentek si myslí, že jsou zaměřené na užívání antikoncepce, 16 respondentek se domnívá, že jsou zaměřené na prevenci rakoviny prsů, 14 respondentek uvedlo, že jsou zaměřené na vyšetření prsů, 11 respondentek uvedlo, že gynekologické prohlídky jsou zaměřené na vyšetření děložního čípku, 9 respondentek uvedlo, že jsou zaměřené na potíže v přechodu, 6 respondentek uvedlo, že jsou zaměřené na nepravidelné krvácení, 6 respondentek se domnívá, že jsou zaměřené na poruchy v sexuálním životě a 1 respondentka, která je zahrnuta v odpovědi jiné si myslí, že gynekologické prohlídky jsou zaměřené na potíže s výtoky. Gynekologická vyšetření se zaměřuje na prohlídku prsů, i když toto vyšetření ještě není zcela běžné v českých gynekologických ordinacích, avšak mělo by být součástí preventivní prohlídky. Dále se

také gynekologické prohlídky zaměřují na vyšetření genitálu, kdy může lékař diagnostikovat záněty pochvy, děložního čípku, některé nádory nebo i infekční onemocnění. Tudiž hlavním úkolem gynekologických preventivních prohlídek je včasný záchyt prekancerózních stavů na děložním čípku (3).

Na Grafu 26 je znázorněn, zda jsou dotazované respondentky informované o očkování proti karcinomu děložního čípku. V dotazníkovém šetření 77,69 % dotázaných žen odpovědělo, že slyšely o očkování proti karcinomu děložního čípku a 22,31 % respondentek odpovědělo, že nikdy neslyšely o očkování proti karcinomu děložního čípku. Pro tuto otázku bylo použito porovnání statistických vztahů. Byla stanovena hypotéza: Věk respondentek a informovanost o očkování proti karcinomu děložního čípku u romských žen nejsou na sobě statisticky závislé, což bylo statistiky potvrzeno (čím jsou ženy mladší nebo starší, tím není prokázána souvislost s informovaností o očkování). Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné nejsou na sobě závislé. Tento závěr rovněž potvrzuje i Fisherův přesný Exact test, který má hodnotu 0,530.

V kvalitativním šetření se ukázalo, že všech devět žen má informace o očkování proti karcinomu děložního čípku. Z těchto devíti žen by tři ženy nenechaly naočkovat svou dceru, jelikož nevěří tomuto očkování či nemají dostatek finančních prostředků na tuto vakcinaci. Dle mého názoru je poměrně dost romských žen informováno o očkování proti karcinomu děložního čípku, což potvrzují i výsledky šetření. Dle mého názoru je mnoho romských žen vůči tomuto očkování velice nedůvěřivých, ale také si myslím, že romské ženy nemají o očkování proti karcinomu děložního čípku takový zájem, jelikož tolik nedbají na prevenci. Podle dostupné literatury (5, 10, 41) je karcinom děložního čípku jedno z nejrozšířenějších ženských onemocnění. Toto onemocnění způsobuje tzv. Human papillomavirus (HPV) a jedná se o nejčastější pohlavně přenosnou infekcí. U tohoto typu rakoviny byla prokázána přímá souvislost mezi virovou nákazou a následným onemocněním. Karcinom děložního čípku je v České republice každoročně diagnostikován zhruba u tisíce žen.

Graf 27 uvádí zdroje informací o očkování proti karcinomu děložního čípku, kdy 23,76 % respondentek odpovědělo, že o očkování slyšely od gynekologa, 19,80 % žen

o očkování slyšelo z televize, 13,86 % žen o očkování slyšelo od kamarádky, 7,92 % žen se o očkování proti karcinomu děložního čípku dozvědělo z časopisu, 6,93 % žen o očkování nikde neslyšelo, ale informace si zjišťovaly samy, 6,93 % žen se o očkování dočetlo z letáků, které jsou u gynekologa, 5,94 % žen o očkování slyšelo od sestry, 4,95 % o očkování slyšelo od své rodiny, 3,96 % žen jsou zahrnuty do položky jiné, která obsahuje odpovědi, že se romské ženy o očkování proti karcinomu děložního čípku dozvěděly ze školy a také zde byla zahrnuta odpověď, že se ženy o takové věci prostě zajímají, 2,97 % žen odpovědělo, že se o očkování proti karcinomu děložního čípku dozvěděly z rádia a 2,97 % žen získaly informace z internetu.

Ochota respondentek nechat se naočkovat proti karcinomu děložního čípku je znázorněna na Grafu 28. V dotazníkovém šetření 38,46 % respondentek uvedlo, že by se nechaly naočkovat, 23,08 % žen odpovědělo, že by se nechaly naočkovat, pokud by na to měly peníze, 12,31 % žen by se nenechalo naočkovat, 12,31 % žen odpovědělo, že neví, zda by se nechaly naočkovat proti karcinomu děložního čípku, 10,77 % žen by se nenechalo naočkovat, protože nevěří očkování a 3,08 % žen neodpovědělo. Podle mého názoru je zde dobře poukázáno na fakt, že pouze malé procento žen by se nenechalo naočkovat, jelikož očkování nevěří a poměrně velké procento romských žen by se nechalo naočkovat.

Graf 29 nám ukazuje ochotu respondentek nechat naočkovat svoji dceru proti karcinomu děložního čípku, kdy 37,69 % romských žen uvedlo, že by nechalo naočkovat svou dceru, 22,31 % žen odpovědělo, že by své dcery nechaly naočkovat, pokud by na očkování měly peníze, 13,08 % žen by svou dceru nenechalo naočkovat, 12,31 % žen odpovědělo, že neví, zda by nechaly naočkovat svou dceru proti karcinomu děložního čípku, 6,92 % žen neodpovědělo, 5,38 % žen by nenechalo svou dceru naočkovat, protože nevěří očkování a 2,31 % respondentek odpovědělo, že už svou dceru nechaly naočkovat.

Zda dotazované respondentky znají hormonální substituční léčbu, je patrné z Grafu 30. V dotazníkovém šetření uvedlo 49,23 % dotázaných romských žen, že nezná hormonální substituční léčbu, 30 % žen nikdy neslyšelo o hormonální substituční léčbě a 20,77 % dotázaných žen uvedlo, že znají hormonální substituční léčbu.

Dle F. Macků klimakterium zahrnuje přechod reprodukčních orgánů ženy z aktivity reprodukčního období do klidu. Toto období je poměrně dlouhé, a to zhruba od 45. roku věku ženy do 60. roku věku ženy. V tomto období zhruba mezi 46. – 52. rokem věku ženy pomalu ustává menstruace, tento jev se nazývá menopauza (37).

Užívání hormonální substituční léčby je uvedeno na Grafu 31, kdy 40,74 % žen udává, že neužívají hormonální substituční léčbu, 18,52 % žen uvedlo, že nemají peníze na užívání hormonální substituční léčby, 14,81 % respondentek neodpovědělo, protože ještě nejsou ve věku, aby užívaly hormonální substituční léčbu, i když ji znají, 14,81 % žen odpovědělo, že berou hormonální substituční léčbu, 7,41 % žen odpovědělo, že jsou na užívání hormonální substituční léčby už moc staré a 3,70 % žen odpovědělo, že nevěří účinkům hormonální substituční léčby.

Zda dotázané romské ženy navštěvují vyšetření prsů pomocí mamografie je znázorněno na Grafu 32. Z celkového počtu 100 % dotazovaných respondentek uvedlo 42,86 % žen, že navštěvuje mamografii, 22,86 % žen odpovědělo, že nenavštěvuje vyšetření pomocí mamografie, 17,14 % dotázaných žen uvedlo, že je nikdo na mamografii neposlal a 17,14 % žen uvedlo, že nikdy o tomto vyšetření neslyšelo, což je v dnešní době závažné a podle mého názoru chybí v této oblasti podávání informací, edukace i péče o romské ženy. Pojišťovna proplácí každé dva roky u žen vyšetření pomocí mamografie a je tím prováděn u žen celoplošně screening nad 50 let věku.

Cíl 1 Zjistit, zda se provádí osvěta v oblasti plánovaného rodičovství u romských žen byl splněn, což lze doložit Grafy 8 a 17, neboť 93 dotázaných romských žen neužívá antikoncepci a zároveň ve 12,31 % případech dochází k prvnímu těhotenství již v 16-ti letech, což zároveň potvrzuje hypotézu 1, že u romských žen se osvěta v oblasti plánovaného rodičovství neprovádí.

Cíl 2 Zjistit, zda romské ženy plánují rodičovství byl splněn, což lze doložit Grafem 9, protože 50 žen těhotenství neplánovalo a pouze 15 žen své těhotenství plánovalo, což zároveň vyvrací hypotézu 2, dle které romské ženy plánují vznik rodičovství.

Cíl 3 Zjistit, zda je plánování rodičovství ovlivněno modelem tradiční romské rodiny byl splněn, což lze doložit Grafem 5 a 16, neboť 31,54 % romských žen porodilo

pouze 1-2 děti a 46, 15 % romských žen se nenechává ovlivnit svou rodinou, která jim chce určit počet dětí, tudíž hypotéza 3 plánování rodičovství je u romských žen ovlivněno modelem tradiční romské rodiny nebyla potvrzena.

Cíl 4 Zjistit, v kolika letech dochází k porodu prvního dítěte byl splněn. Hypotézu 4 se na podkladě dotazníkového šetření a následným statistickým vyhodnocením podařilo potvrdit, což je doloženo Grafem 10.

Cíl 5 Zjistit, zda romské ženy chodí během svého života na preventivní gynekologické prohlídky byl splněn, jelikož hypotéza 5 byla potvrzena. Většina (77,69 %) dotázaných respondentek má svého gynekologického lékaře a necelá polovina dotázaných žen (49,28 %) chodí na pravidelné gynekologické prohlídky a 19,23 % romských žen chodí pouze občas na pravidelné gynekologické prohlídky. Tyto výsledky dokládá Graf 20 a 21.

Cíl 6 Zjistit, zda mají romské ženy informace o očkování proti karcinomu čípku děložního byl splněn, což dokládá Graf 26 a 27. Hypotéza 6 romské ženy nemají informace o očkování proti karcinomu čípku děložního se nepotvrdila, jelikož přes 70 % dotázaných žen má informace o očkování proti karcinomu děložního čípku.

Cíl 7 Zjistit, zda romské ženy během klimaktéria užívají hormonální substituční terapii byl splněn, což dokládá Graf 30 a 31. Hypotéza 7 romské ženy během klimaktéria neužívají hormonální substituční terapii byla potvrzena, protože 49,23 % romských žen nezná hormonální substituční léčbu, 30 % romských žen o hormonální substituční léčbě neslyšelo a 40 % romských žen neužívá hormonální substituční léčbu. Zároveň byly položeny 4 otázky z hlediska kvalitativního šetření reprodukčního zdraví romských žen. Všechny tyto otázky byly v rámci výzkumného šetření zodpovězeny, což je blíže uvedeno v závěru práce.

6. Závěr

Diplomová práce a její empirická část, kterou tvoří kombinované kvantitativní a kvalitativní výzkumné šetření, je zaměřena na problematiku týkající se romských žen a reprodukčního zdraví. Cílem práce bylo zjistit, zda se provádí osvěta v oblasti plánovaného rodičovství u romských žen, zda romské ženy plánují rodičovství, zda je plánování rodičovství ovlivněno modelem tradiční romské rodiny, dále zjistit, v kolika letech dochází k porodu prvního dítěte, zda romské ženy chodí během svého života na preventivní gynekologické prohlídky, zda mají romské ženy informace o očkování proti karcinomu čípku děložního a také zda romské ženy během klimaktéria užívají hormonální substituční terapii. Cíle práce byly splněny výsledky výzkumného šetření.

Na základě těchto cílů bylo stanoveno sedm hypotéz, které měly potvrdit, že se u romských žen se osvěta v oblasti plánovaného rodičovství neprovádí. Hypotézu se dotazníkovým šetřením a následným statistickým vyhodnocením podařilo potvrdit, protože 93 dotázaných romských žen neužívá antikoncepci a zároveň ve 12,31 % případech dochází k prvnímu těhotenství již v 16-ti letech. Další hypotéza, že romské ženy plánují vznik rodičovství, se na základě statistického šetření nepotvrdila, jelikož výsledky šetření ukázaly, že 50 žen těhotenství neplánovalo a pouze 15 žen své těhotenství plánovalo. Další hypotéza 3 měla potvrdit, zda je plánování rodičovství u romských žen ovlivněno modelem tradiční romské rodiny, to se nepotvrdilo, jelikož 31,54 % romských žen porodilo pouze 1-2 děti a 46,15 % romských žen se nenechává ovlivnit svou rodinou, která jim chce určit počet dětí. Následující hypotéza 4 měla potvrdit, zda u romských žen dochází k porodu prvního dítěte okolo 17. roku života. Hypotézu se na podkladě dotazníkového šetření a následným statistickým vyhodnocením podařilo potvrdit. Hypotéza 5, měla potvrdit, zda romské ženy během svého života chodí na preventivní gynekologické prohlídky, to bylo podloženo výsledky výzkumného šetření a hypotéza byla potvrzena. Většina (77,69 %) dotázaných respondentek má svého gynekologického lékaře a necelá polovina dotázaných žen (49,28 %) chodí na pravidelné gynekologické prohlídky a 19,23 % romských žen chodí pouze občas na pravidelné gynekologické prohlídky. Šestá hypotéza měla potvrdit, že Romské ženy nemají informace o očkování proti karcinomu čípku děložního, což se na

základě odpovědí respondentek nepodařilo potvrdit, jelikož přes 70 % dotázaných žen má informace o očkování proti karcinomu děložního čípku. Poslední sedmá hypotéza se zabývala tím, zda romské ženy během klimaktéria neužívají hormonální substituční terapii a to bylo pomocí dotazníkového šetření následně potvrzeno. 49,23 % romských žen nezná hormonální substituční léčbu, 30 % romských žen o hormonální substituční léčbě neslyšelo. 40 % romských žen neužívá hormonální substituční léčbu.

Pro kvalitativní výzkumné šetření byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. První otázka je zaměřena na to, jakým způsobem ovlivňuje snížený socioekonomický statut romských rodin počet narozených dětí. Druhá výzkumná otázka se zabývala nejčastějšími gynekologickými onemocněními, která se vyskytují u romských žen v průběhu života. Třetí stanovená otázka byla zaměřena na problémy romských žen, které souvisí s těhotenstvím. Poslední čtvrtá stanovená otázka byla zaměřena na to, zda nechávají romské ženy své dcery očkovat proti karcinomu čípku děložního. Díky výzkumným otázkám bylo zjištěno, že romské ženy plánují vznik rodičovství, že k porodu prvního dítěte dochází v období od 16-25 let, že dotázané respondentky neměly problémy s otěhotněním, že pokud se vyskytly zdravotní potíže během těhotenství, tak se respondentky nechaly hospitalizovat, aby předešly komplikacím, že snížený socioekonomický statut neovlivňuje počet dětí v romské rodině, že pět dotázaných respondentek z devíti nemělo během života gynekologické potíže, že všechny dotázané romské ženy mají informace o očkování proti karcinomu děložního čípku a pouze tři ženy z devíti dotázaných by nenechaly svou dceru naočkovat.

Na základě výsledků kvalitativního výzkumného šetření je možné stanovit hypotézy. První hypotéza zní: Snížený socioekonomický status romských rodin nemá vliv na počet narozených dětí. Druhá hypotéza zní: U romských žen se v průběhu života vyskytují problémy s krvácením. Třetí hypotéza zní: U romských žen se v těhotenství vyskytují problémy s předčasnými porody. Čtvrtá hypotéza zní: Romské ženy by nenechaly svoje dcery naočkovat proti karcinomu děložního čípku z důvodu nedůvěry v očkování.

Domnívám se, že na základě zjištěných výsledků by bylo vhodné vytvořit jak návrh edukačního materiálu (brožuru), který by sloužil zdravotnickému personálu, jako

pomůcka, aby se dozvěděli více o problematice reprodukčního zdraví u romských žen, tak návrh edukačního materiálu, který by informoval romské ženy o ochraně reprodukčního zdraví. Zdravotnický personál se ne vždy chová hezky, když vidí, že má na oddělení Roma. Proto si myslím, že by tato diplomová práce či vytvořený návrh edukačního materiálu mohl posloužit i k osvětlení některých nejasností, či k pochopení zvyků Romů. Také by tato brožura mohla posloužit samotným romským ženám, neboť by se v ní dozvěděly výsledky šetření a mohly by se dočíst i něco o problematice reprodukčního zdraví. Myslím si, že romské ženy nepřikládají velký důraz svému zdravotnímu stavu, dokud se neobjeví nějaký zdravotní problém, a proto se domnívám, že by bylo vhodné, aby měly více informací např. o nutnosti pravidelných gynekologických prohlídek. Tento návrh edukačního materiálu by byl umístěn v čekárnách gynekologických ordinací a také by mohl být umístěn přímo v nemocnici na jednotlivých odděleních. Zároveň bych doporučila rozšíření edukačního materiálu o ochraně reprodukčního zdraví romských žen mezi romské koordinátory a do romských poradenských středisek. Z tohoto edukačního materiálu by získaly potřebné informace o reprodukčním zdraví (Příloha 7, 8).

7. Seznam použitých zdrojů

- 1) Autor neuveden. *Dělení Romů*. [on line]. c1997-2009 [cit. 2009-06-10].
Dostupné z <http://www.romove.radio.cz/cz/clanek/18901>.
- 2) Autor neuveden. *Drabarel – romské léčitelství*. [on line]. [cit. 2009-06-10].
Dostupné z <http://teplice.sdb.cz/res/data/186/021298.pdf>.
- 3) Autor neuveden. *Gynekologické preventivní prohlídky*. [on line]. c2000-2004. [cit. 2009-06-10].
Dostupné z <http://www.sexus.cz/clanek/1345-gynekologicke-preventivni-prohlidky.html>.
- 4) Autor neuveden. *Poprvé u gynekologa*. [on line]. c2007. [cit. 2009-06-10].
Dostupné z <http://teens.ezin.cz/view.php?cisloclanku=2007020001>.
- 5) Autor neuveden. *Příčina vzniku rakoviny děložního čípku*. [on line]. c2008. [cit. 2009-03-10].
Dostupné z <http://www.ockovani-proti-rakovine-delozniho-cipku.cz/>.
- 6) Autor neuveden. *Romská kultura*. [on line]. c1997-2009. [cit. 2008-11-22].
Dostupné z <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18586>.
- 7) Autor neuveden. *Romové*. [on line]. poslední aktualizace 8.6.2009 [cit. 2008-11-22].
Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Romov%C3%A9>.
- 8) Autor neuveden. *Spiritualita Romů v České republice*. [on line]. [cit. 2008-11-22].
Dostupné z <http://www.czechkid.cz/si1340.html>.
- 9) Autor neuveden. *Význam slova rodina pro Rómy*. [on line]. c2008. [cit. 2008-11-22].
Dostupné z <http://referaty-seminarky.cz/rodina-vyznam-slova-rodina-pro-romy/>.
- 10) Autor neuveden. *Zdraví pro ženy*. [on line]. c2008. [cit. 2009-03-10].
Dostupné z <http://www.zdraviprozeny.cz/informace-o-nemoci.html>.
- 11) BABKOVÁ, Lucie. *Romské rodičky versus hospitalizace v nemocnici*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2007. 60 s., 10 s. příloh. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Vlasta Koudelková.

- 12) BAHÁ'U'LLÁH, *název neuveden*. [on line]. poslední aktualizace 30.6.2009 [cit. 2009-06-30].
Dostupné z <http://cituj.cz/Citaty/autor-776.aspx?pg=2>.
- 13) BAKALÁŘ, P. *Psychologie Romů*. Praha: Votobia, 2004. 179 s. ISBN 80-7220-180-8.
- 14) BALABÁNOVÁ, Helena. *Neznámí romové*. [on line]. [cit. 2008-11-22].
Dostupné z http://www.teplice-city.cz/sasm/soubory/neznami_romove_balabanova.doc.
- 15) BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. 146. s. ISBN 80-7013-416-X.
- 16) ČEPICKÝ, P., KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 174 s. ISBN 80-246-0677-1.
- 17) DAVIDOVÁ, E. *Romano drom - cesty Romů 1945-1990*. 2. přepracované vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 273 s. ISBN 80-244-0524-5.
- 18) DEANSOVÁ, A. *Kniha knih o mateřství*. 1. vyd. Praha: Fortuna Print, 2004. 390 s. ISBN 80-7321-117-3.
- 19) DUNOVSKÝ, Jiří. Reprodukční zdraví. *Kontakt*. České Budějovice: 2005, roč. 7, č. 3-4/2005, s. 327-329. ISSN 1212-4117.
- 20) ELICHOVÁ, Markéta. Sonda do zdravotního stavu a životního stylu českobudějovických Romů. *Kontakt*. České Budějovice: 2004, roč. 6, č. 4/2004, s. 203-207. ISSN 1212-4117.
- 21) FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. české vyd. Osveta: Martin, 2006. 87. s. ISBN 80-8063-229-4.
- 22) HÁJKOVÁ, M. Rodina a zvyky slovenských Romů usazených v České republice. In: Šišková, T. *Menšiny a migranti v České republice*. Praha: Portál, 2001. s. 127-143. ISBN 80-7178-648-9.
- 23) HELUS, Z. *Psychologie*. 3. vyd. Praha: Fortuna, 2003. 120 s. ISBN 80-7168-876-2.
- 24) HORVÁTHOVÁ, Jana. Kapitoly z dějin Romů. *Kereka*. Brno: 2004, roč. 8, č. 9/2004, s. 8-9.

- 25) HORVÁTHOVÁ, Jana. Kapitoly z dějin Romů. *Kereka*. Brno: 2007, roč. 10, č. 12/2007, s. 6-7.
- 26) HORVÁTHOVÁ, J. *Kapitoly z dějin Romů*. [on line]. [cit. 2008-11-22].
Dostupné z <http://www.varianty.cz/cdrom/podkapitoly/d01kapitoly/pdf>.
- 27) CHMEL, R. *Průvodce těhotenstvím*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 140 s. ISBN 80-247-0962-7.
- 28) IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- 29) JAKOUBEK, M., HIRT, T. *Romové: Kulturologické etudy*. Plzeň: nakladatelství Aleš Čeněk. 2004. 383 s. ISBN 80-86473-83-X.
- 30) JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- 31) KAČOVÁ, Andrea. Ženy s velkým Ž. *Kereka*. Brno: 2009, roč. 12, č. 3/2009, s. 10.
- 32) KAŠTÁNKOVÁ, M., BALÁŽOVÁ, J. *Náboženství Romů*. [on line]. c1997-2009. [cit. 2008-11-22].
Dostupné z <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18147>.
- 33) KOVÁČOVÁ, S. *Znalost Romské kultury a tradic ve městě Tábor*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2007. 108 s., 9 s. příloh. Vedoucí diplomové práce PhDr. Eva Davidová, CSc.
- 34) LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 951 s. ISBN 80-247-0668-7.
- 35) LHOTKA, P. *Původ Romů a jejich příchod do Evropy*. [on line]. c2004-2005. [cit. 2008-11-22].
Dostupné z <http://skola.romea.cz/cz/index.php?id=historie/01>.
- 36) LUŽICA, R. *Kapitoly z Rómském kultúry*. 1.vyd. Trnava: SAP – Slovak Academic Press, 2004. 97 s. ISBN 80-89104-34-7.
- 37) MACKŮ, F., ČECH, E. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 171 s. ISBN 80-7333-001-6.
- 38) MALOCHOVÁ, Jana, KRÁTKÁ, Anna. Žena romské kultury, *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 9/2006, s. 368-371. ISSN 1801-1349.

- 39) MANN, A., B. *Romský dějepis*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2001. 48 s. ISBN 80-7168-762-6.
- 40) MAREČKOVÁ, J. *Nanda – International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9.
- 41) MÍKA, O. Reprodukční zdraví dívky od narození po adolescenci. In: KONEČNÁ, H. *Reprodukční zdraví 2007*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, Nadace Mateřská naděje Praha, 2007. s.17-21 ISBN 978-80-7040-966-4.
- 42) MOHYLA, O. *Hodnotový systém Romů*. [on line]. c2005. [cit. 2009-03-12].
Dostupné z <http://drsny.net/file.php?id=37&akce=dl>.
- 43) NAVRÁTIL, P. a kol. *Romové v české společnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 223 s. ISBN 80-7178-741-8.
- 44) NEČAS, C. a kol. *Historie a původ Romů*. [on line]. c1997-2008. [cit. 2008-11-22].
Dostupné z <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18530>.
- 45) Ostravská univerzita Ostrava. Zdravotně sociální fakulta. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. 1.vyd. Ostrava: Repronis Ostrava, 2003. 119 s. ISBN 80-7042-344-7.
- 46) PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 47) PECHOVÁ, Jana. *Romové a mezilidské vztahy*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2007. 99 s., 12 s. příloh. Vedoucí diplomové práce Mgr. Jitka Dvořáková, Ph.D.
- 48) POLEDNÍKOVÁ, Ľubica, CAGÁŇOVÁ, Stanislava, SLAMKOVÁ, Alica. *Připravenost mladých Rómiek na porod*. *Sestra*. Bratislava: 2005, roč. 4, č. 11/2005, s. 8. ISSN 1335-9444.
- 49) RÁC, Jan. *Tajné léčitelství umění Romů*. [on line]. [cit. 2009-06-10].
Dostupné z <http://www.osf.cz/romove/lecitele.htm>.

- 50) SEDLÁKOVÁ, Gabriela. Ošetrovatel'stvo a Rómovia. *Sestra*. Bratislava: 2006, roč. 5, č. 3-4, s. 24-25. ISSN 1335-9444.
- 51) SEKYT, V. *Komunitní plánování ve městě Bruntál – menšiny*. [on line]. c2004. poslední aktualizace 25.11.2008 [cit. 2008-11-22].
Dostupné z <http://www.komplan-bruntal.wz.cz/mensiny1.htm#Romov%C3%A9%20jako%20men%C5%A1ina>.
- 52) SEKYT, V. *Romové*. [on line]. c2004. poslední aktualizace 6.9.2009 [cit. 2008-11-22].
Dostupné z <http://www.komplan-bruntal.wz.cz/mensiny2.htm#Romové>.
- 53) SOCIOKLUB. *Romové ve městě*. 1.vyd. Praha: Sociopress, 2002. 143 s. ISBN 80-86484-01-7.
- 54) ŠIŠKOVÁ, T. a kol. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 203 s. ISBN 80-7178-285-8.
- 55) ŠOTOLOVÁ, E. *Vzdělávání Romů*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 84 s. ISBN 80-247-0277-0.
- 56) ŠOTOLOVÁ, E. *Vzdělávání Romů*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 123 s. ISBN 978-80-246-1524-0.
- 57) ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213.
- 58) VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2007. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
- 59) VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- 60) WAWRZYCZKOVÁ, Jana. *Pacient Romského etnika z pohledu sester*. Pardubice: Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotních studií, 2008. 64 s., 9 s. příloh. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Jana Škvrňáková.

8. Klíčová slova

Model Gigerové - Davidhizarové

Mýty

Ošetřovatelství

Pověry

Reprodukční zdraví

Romské ženy

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro romské ženy

Příloha 2 Rozhovor s romskými ženami

Příloha 3 Mapa migrace Romů

Příloha 4 Model Gigerové-Davidhizarové

Příloha 5 Romská vlajka

Příloha 6 Romské léčitelství

Příloha 7 Návrh brožury pro zdravotnický personál

Příloha 8 Návrh brožury pro romské ženy

Příloha 1 Dotazník pro romské ženy

Jmenuji se Adéla Treppeschová a ráda bych Vás poprosila o spolupráci při vyplňování dotazníku k mé diplomové práci na téma „Romské ženy a reprodukční zdraví“. Dotazník je anonymní a bude použit pouze pro účely diplomové práce.

Otázky kroužkujte dle svého uvážení nebo odpovědi doplňte.

Děkuji Vám za čas i vyplnění dotazníku.

1) Kolik Vám je let?

- a) 10- 15 let
- b) 16- 20 let
- c) 21 – 25 let
- d) 26 – 30 let
- e) 31 – 35 let
- f) 36 – 40 let
- g) 41 – 49 let
- h) 50 let a více

2) Jaké je Vaše nevyšší dosažené vzdělání?

- a) základní škola
- b) zvláštní škola (praktická škola)
- c) učiliště
- d) střední škola s maturitou
- e) vysoká škola
- f) školu jsem nenavštěvovala

3) Jste?

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) vdova

4) Jste v současné době:

- a) studentka
- b) zaměstnaná
- c) nezaměstnaná
- d) vedená na Úřadu práce
- e) na mateřské dovolené
- f) pobíráte invalidní důchod
- g) pobíráte starobní důchod

5) Kolik jste porodila dětí?

0 1 2 3 4 5 6 a více

6) Kolikrát jste byla těhotná?

0 1 2 3 4 5 6 a více

7) V kolika letech jste měla poprvé sexuální styk?

Prosím, doplňte:.....

8) V kolika letech jste poprvé otěhotněla?

Prosím, doplňte:.....

9) Plánovala jste Vaše těhotenství? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) ano, otěhotněla jsem hned po domluvě s partnerem
- b) ano, otěhotněla jsem po vysazení antikoncepce
- c) ano, plánovala jsem to
- d) ne, ale povedlo se to
- e) ne, nebrala jsem žádnou antikoncepci
- f) ne, neplánovala jsem to

10) V kolika letech jste porodila své první dítě?

- a) do 15 let
- b) 16 -20 let
- c) 21 – 25 let
- d) 26 – 30 let
- e) 31 – 35 let
- f) Jiný rok: prosím, doplňte:

11) Měla jste během těhotenství zdravotní potíže? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) žádné jsem neměla
- b) krvácela jsem
- c) tvrdlo mi břicho
- d) měla jsem bolesti
- e) předčasně jsem se otevírala
- f) předčasně mi odtekla plodová voda
- g) jiné: prosím, doplňte:.....

12) Pokud jste měla zdravotní potíže, ležela jste v nemocnici?

- a) ano
- b) ano, potom jsem podepsala revers
- c) ne
- d) ne, rovnou jsem podepsala revers

13) Jak dlouho jste po porodu zůstala v nemocnici?

- a) po porodu jsem odešla, musela jsem za partnerem
- b) po porodu jsem odešla za dětmi, které byly doma
- c) 1 den
- d) 2 dny
- e) 3 dny
- f) déle než 3 dny

14) Dodržovala jste v šestinedělí sexuální zdrženlivost?

- a) ano
- b) ne

15) Když jste zjistila, že jste těhotná, šla jste na potrat?

- a) ano: prosím doplňte kolikrát:.....
- b) ne
- c) ne, nikdy bych na potrat nešla

16) Mluví Vám Vaše rodiče a nebo rodiče Vašeho partnera do toho, kolik máte mít dětí?

- a) ano, musím je poslechnout
- b) ano, ale neposlouchám to, je to moje věc
- c) ano, zkoušeli to, ale už nic neříkají
- d) ne a ani to nezkoušeli
- e) ne

17) Jaký užíváte druh antikoncepce? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) neužívám žádnou
- b) neužívám žádnou, nemám na to peníze
- c) hormonální antikoncepci (pilulky)
- d) injekce (Provera)
- e) mám zavedené tělísko
- f) používáme kondom
- g) přerušovanou soulož
- h) metodu plodných a neplodných dnů
- i) jiné: prosím, doplňte:.....

18) V kolika letech jste byla poprvé na gynekologické prohlídce?

Prosím: doplňte:.....

19) Proč jste poprvé ke svému gynekologovi šla? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) myslela jsem si, že jsem těhotná
- b) nedostala jsem menstruaci
- c) silně krvácela jsem
- d) měla jsem výtok
- e) chtěla jsem předepsat antikoncepci
- f) nemohla jsem otěhotnět
- g) jiné: prosím, doplňte:.....

20) Máte svého gynekologického lékaře/lékařku?

- a) ano
- b) ne

21) Chodíte na pravidelně na gynekologické prohlídky?

- a) ano
- b) ne
- c) ne, jsem už stará
- d) občas

22) Pokud ano, jak často chodíte na gynekologické prohlídky?

- a) 1x za půl roku
- b) 1x za rok
- c) 1x za rok a půl
- d) 1x za dva roky
- e) 1x za dva a půl roku
- f) za 3 roky a déle

23) Proč chodíte na gynekologické prohlídky? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) chodím si tam pro antikoncepci (recept)
- b) když si myslím, že jsem těhotná
- c) když silně krvácím
- d) když mám bolesti
- e) když mám výtok
- f) abych nedostala rakovinu
- g) chodím si tam pro léky, které beru v přechodu
- h) nemohu otěhotnět
- i) chodím na injekce (Provera)
- j) aby mi zavedli tělísko
- k) aby mi vyměnili tělísko
- l) jiné: prosím, doplňte:.....

24) Jak často proplácí pojišťovna preventivní gynekologické prohlídky?

- a) neproplácí je
- b) 1x za půl roku
- c) 1x za rok
- d) 1x za rok a půl

25) Na jaká vyšetření jsou zaměřené preventivní gynekologické prohlídky?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) na vyšetření čípku děložního
- b) na prevenci rakoviny
- c) na vyšetření prsů
- d) na prevenci rakoviny prsů
- e) na nepravidelné krvácení
- f) na potíže v přechodu
- g) na poruchy v sexuálním životě
- h) na užívání antikoncepce
- i) jiné: prosím, doplňte:.....

26) Slyšela jste o očkování proti rakovině děložního čípku?

- a) ano
- b) ne

27) Kde jste získala informace o očkování proti rakovině děložního čípku?

- a) od gynekologa
- b) porodní asistentky
- c) od nikoho, informace jsem si hledala sama
- d) kamarádky
- e) sestry
- f) svojí rodiny
- g) z televize
- h) z rádia
- i) z časopisu
- j) z letáků, které jsou u gynekologa
- k) internet
- l) jiné: prosím, doplňte:.....

28) Nechala byste se naočkovat proti rakovině děložního čípku?

- a) ano
- b) ano, kdybych na to měla peníze
- c) ne
- d) ne, nevěřím tomu
- e) nevím

29) Nechala byste naočkovat svoji dceru proti rakovině děložního čípku?

- a) ano, už jsem ji nechala
- b) ano, kdybych na to měla peníze
- c) ano
- d) ne
- e) ne, nevěřím tomu
- f) nevím

30. Znáte hormonální substituční léčbu, která se užívá v přechodu?

- a) ano
- b) ne
- c) nikdy jsem to neslyšela

31. Pokud léčbu znáte a jste v přechodu, užíváte jí?

- a) ano
- b) ne
- c) ne, nemám na to peníze
- d) ne, nevěřím tomu
- e) ne, jsem moc stará

32. Pokud je Vám po 45. roce života, chodíte na vyšetření prsů (mamografii)?

- a) ano
- b) ne
- c) nikdo mě tam neposlal
- d) neslyšela jsem o tom

Příloha 2 Rozhovor s romskými ženami

- 1) Kolik Vám je let?**
- 2) Jaké je Vaše nevyšší dosažené vzdělání?**
- 3) Jaký je Váš stav?**
- 4) Jste v současné době:**
 - a) studentka
 - b) zaměstnaná
 - c) nezaměstnaná
 - d) vedená na Úřadu práce
 - e) na mateřské dovolené
 - f) pobíráte invalidní důchod
 - g) pobíráte starobní důchod
- 5) Kolik jste porodila dětí?**
- 6) Kolikrát jste byla těhotná?**
- 7) Plánovala jste Vaše těhotenství?**
- 8) V kolika letech jste porodila své první dítě?**
- 9) Kolik jste chtěla mít dětí?**
- 10) Měla jste problémy s otěhotněním?**
- 11) Je Vaše těhotenství po umělém oplození?**
- 12) Měla jste během těhotenství problémy?**
- 13) Ležela jste s těhotenstvím v nemocnici?**
- 14) Rozhodují u Vás peníze o tom, kolik budete mít dětí?**
- 15) Kdybyste měla více peněz, měla byste více dětí?**
- 16) Jaké gynekologické potíže jste měla během života?**
- 17) S jakými gynekologickými problémy jste šla ke gynekologovi?**
- 18) Víte, že existuje očkování proti karcinomu děložního čípku?**

19) Pokud ano, nechala byste svou dceru proti karcinomu naočkovat?

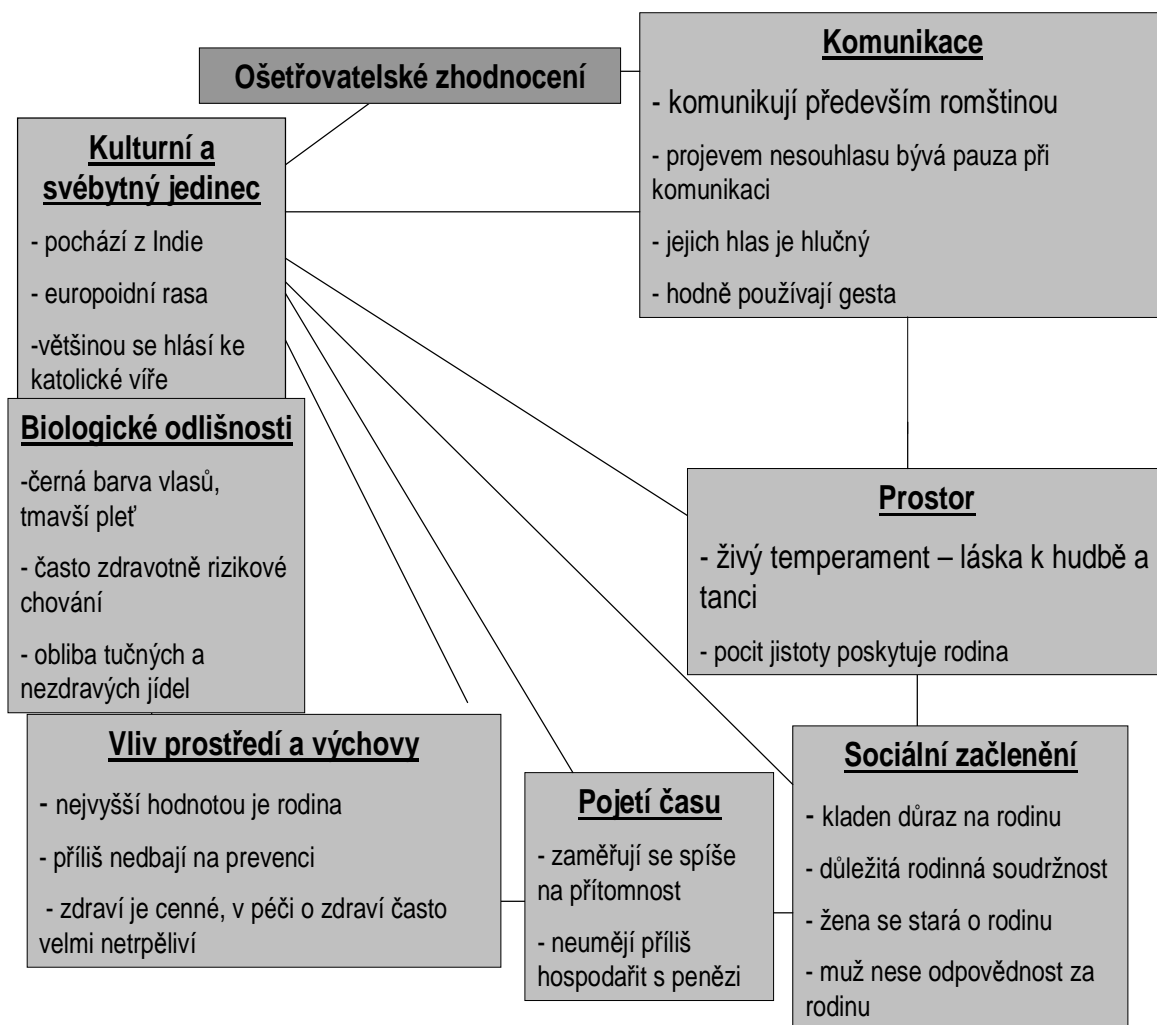
20) V případě, že ne, proč ne?

Příloha 3 Mapka migrace Romů



Zdroj: LHOTKA, P. *Původ Romů a jejich příchod do Evropy*. [on line]. c2004-2005. [cit. 2008-11-22]. Dostupné z <http://skola.romea.cz/cz/index.php?id=historie/01>.

Příloha 4 Model Gigerové - Davidhizarové



Zdroj: ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213.

Příloha 5 Romská vlajka



Zdroj: Autor neuveden. *Romové*. [on line]. poslední aktualizace 8.6.2009 [cit. 2008-11-22]. Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Romov%C3%A9>.

Příloha 6 Romské léčitelství

Jmelí je jako člověk - buď dobré nebo špatné. Nejlepší je jmelí, které roste na dubu. Má silné léčivé vlastnosti. Sběr a příprava jmelí je prací mužů, protože při styku se ženou ztrácí část svých přirozených vlastností, protože žena je jako Luna a jmelí je pod vlivem Luny. Nálev ze jmelí se připravuje ze dvou svazků listů a 1 litru dobrého bílého vína. listy se přelijí vínem, láhev se důkladně utěsní zátkou a zavoskuje, načež se na dobu jednoho měsíce zakope do země. Elixír je pak hotov. Postačí denně vypít 2 malé skleničky po půl deci. Léčí tanec sv. Víta, epilepsii, vysoký krevní tlak apod. Sušené, práškované listí je dobré proti chrlení nebo plivání krve. Prášek, smíchan s mateřským mlékem na malé kuličky je výtečným protikřečovým prostředkem u malých dětí.

Mladistvý vzhled - 1 litr vařící vody - hrst listů kerblíku lesního a několik listů divoké máty, nechat čtvrt hodiny vyluhovat, scedit. Obličej, potíraný tímto nálevem získává mladistvý vzhled. Kůže se napíná, vrásky zanikají.

Kvalita nehtů - 3 kg hovězích kostí se vaří 4 hodiny bez soli. K tomu 2 cibule, do jedné zastrčit hřebíček, trochu tymiánu, bobkového listu, petržele. Během vaření dolévat vodu, aby kosti byly stále zakryty. Po 4 hodinách vaření se kosti vyndají, hmota se dá do malých hliněných nádob a uloží v chladu. Po 2 měsíce užívat denně 3x 1 polévkovou lžící. Dojde ke zkvalitnění nehtů, které se nelámou a mají vysokou pevnost.

Proti červenému nosu a obličejí - Sedmikrásková voda odnímá obličejí i nosu červeň a vyčistí je.

Proti pihám - proti pihám se nasbírání ráno trocha jilmového listí, na kterém je ještě rosa. Vlhkým listem se potírá obličej a ponechá se to zaschnout. Pihy pozvolna vymizí.

Proti slunečním spáleninám - se potírají postižená místa šťávou z čerstvých okurek. K potírání těla se připraví směs z 5 lžic olivového nebo slunečnicového oleje a 1/2 lžice octa.

Unavená pleť - žen po porodu léčí květy černého bezu a citrón. Dno hliněné nebo porcelánové nádoby přikryjeme plátky citrónů, na které naklademe květy černého bezu, nejlépe čerstvé a na to další citrónové plátky. Nádoba se naplní až po okraj vařící dešťovou vodou. Možno zakrýt a nechat vyluhovat 24 hodin, procedit, slít do malých lahviček a uložit v chladnu a temnu. Pravidelné potírání vrátí pleť dřívější pružnost.

Aby komáři nebodali - zapuzení komárů, aby nepíchali ve 3/4 l vody je třeba uvařit 3 hrsti kvetoucí nati pryskyřníku prudkého. Po vychladnutí přidat šťávu ze 3 citrónů, vše procedit a uložit do malých lahviček. Touto směsí potírat pleť a obličej, to odpuzuje komáry.

Bolavé nohy - po dlouhém nočním pochodu, chodit bosky po ranní rose, bolest a únava zmizí.

Omrzliny - nastrohat neloupané syrové brambory na silnější plátky a posypat je nelépe mořskou solí. Přes noc plátky zčernají a jimi se pak potírají omrzlá místa, což se několikrát opakuje. Bolest zmizí.

Potíže žaludku a měchýře - koho zlobí měchýř nebo má zánět žaludku, ať použije listů cukrové řepy. 100 g listů a 2 l vody se vaří tak dlouho, až zbude asi půl litru odvaru, pak se scedí a vypije se před každým jídlem plná sklenička a nemoc záhy zmizí.

Pročišťovací prostředek - třešňové víno pročišťuje organismus a přináší svěžest, natrháme mladé třešňové listy a protlačíme je do litrové láhve tak, aby listy (nestlačené) zaujímaly asi 1/4 - 1/3 odlijeme. Přidáme 2 lžiček (kávových) krystalového cukru nejlépe surového (žlutého) a do plna dolijeme vínem nejlépe červeným není však podmínkou. Láhev se dobře zazátkuje, zavoskuje a zakopeme do země. Za měsíc až šest týdnů je víno hotové. Scedí se do jiné láhve a podává se po malých odlivkách.

Na kuří oka - čerstvé česnekové listy, přiložené na noc kuří oko, jsou schopny je odstranit buď za několik nocí anebo i za jednu. Listy je před použitím potřeba pomačkat, aby pustily šťávu, a na kuřím oku se musí dobře fixovat (upevnit).

Uklidňující koupel - 2-3 kbelíky (načechraného) lípového květu se dají do vany a přelijí vařící vodou. Až teplota klesne na bod, kdy je voda přijatelná ke koupání, vlézt do lázně a vydržet v ní podle osobní dispozice 20 minut až hodinu. Nastane přímo zázračné uklidnění, vyrovnaní, svět se jeví krásny.

Strach, deprese, bludné představy - bukové listy poskytují čaj proti strachu, depresi, bludným představám apod. Pít v malých dávkách, 1-2 šálky denně.

Zdroj: RÁC, Jan. *Tajné léčitelství umění Romů*. [on line]. [cit. 2009-06-10].

Dostupné z <http://www.osf.cz/romove/lecitele.htm>.

Příloha 7 Návrh brožury pro zdravotnický personál

ROMSKÉ ŽENY A REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ



Autor: Bc. Adéla Treppeschová

Návrh brožury pro zdravotnický personál

Reprodukčním zdravím se rozumí schopnost otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě, ale také zajistit dostatečné zdraví, péče o reprodukční zdraví je záležitostí každé ženy.

Nejvyšší hodnotou pro Romy je život. Vše, co vede k zachování, zmnožení či pokračování života, má nesmírně vysokou hodnotu.

Ošetřování pacientů Romské kultury je velice náročné, jelikož jsou **nedůvěřiví ke zdravotnickému personálu**.

Ke každé romské ženě je třeba přistupovat **individuálně**. Romské ženy v roli pacientky bývají citlivé na bolest, bývají emotivní a často nahlas sténají.

Mnoho romských žen **nenavštěvuje** svého gynekologa na pravidelné preventivní prohlídky, protože je považují za zbytečné a často se jim vyhýbají.

Dle autorem provedeného výzkumu v Českých Budějovicích bylo zjištěno, že:

- romské ženy plánují vznik rodičovství, což se na základě statistického šetření nepotvrdilo, jelikož 50 žen těhotenství neplánovalo a pouze 15 žen plánovalo své těhotenství;
- u romských žen se osvěta v oblasti plánovaného rodičovství neprovádí, protože 93 dotázaných romských žen neužívá antikoncepci a zároveň ve 12,31 % případů dochází k prvnímu těhotenství již v 16-ti letech;
- plánování rodičovství je u romských žen ovlivněno modelem tradiční romské rodiny, to se nepotvrdilo, jelikož 93 dotázaných romských žen neužívá antikoncepci, 46, 15 % romských žen se nenechává ovlivnit svou rodinou, která jim chce určit počet dětí.
- u romských žen dochází k porodu prvního dítěte okolo 17. roku života;
- romské ženy během svého života chodí na preventivní gynekologické prohlídky;
- romské ženy mají informace o očkování proti karcinomu čípku děložního;
- romské ženy během klimaktéria neužívají hormonální substituční terapii

Romské ženy a reprodukční zdraví



Autor: Bc. Adéla Treppeschová

Návrh brožury pro romské ženy

- reprodukčním zdravím se rozumí schopnost otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě, ale také zajistit dostatečné zdraví dítěte
- péče o reprodukční zdraví je záležitostí každé ženy
- plánované rodičovství = snaha partnerské dvojice mít děti v období pro rodinu optimálním či naopak zabránit nežádoucímu těhotenství
- cílem antikoncepce je zabránění nechtěnému těhotenství
- hormonální antikoncepci může lékař předepsat se souhlasem rodičů i dívce mladší patnácti let, ale mělo by to být alespoň 2 roky od prvních měsíčků (menarche)
- porod je vyvrcholením těhotenství, je rozdělen do 4 částí – 1. doba porodní - začíná pravidelnými děložními kontrakcemi a končí zánikem branky děložní; 2. doba porodní = vypuzení plodu; 3. doba porodní = porod placenty; 4. doba porodní = trvá 2 hodiny, kdy žena leží v klidu po porodu na porodní sále, je sledována porodními asistentkami, které sledují krvácení, fyziologické funkce a stahování dělohy

- šestinedělí je období života ženy (trvá 42 dní), kdy dochází k bio-psycho-sociálním změnám; je nutné dodržovat zvýšenou osobní hygienu, sprchování po každé stolici a močení, hygienu rukou, péči o epiziotomii (nástřih hráze) a o prsy
- klimakterium = přechod reprodukčních orgánů ženy z aktivity reprodukčního období do klidu (45-52 rok), pomalu ustává menstruace (menopauza), dochází k změnách psychickým, somatickým i neurovegetativním, tyto změny se u každé ženy projevují v jiné intenzitě
- v menopauze se ženám předepisuje terapie hormonální substitucí z důvodu zmírnění nepříjemných příznaků menopauzy
- mamografický screening = pravidelné preventivní vyšetřování žen, které nemají jakékoli příznaky onemocnění s cílem zachytit rozvíjející se onemocnění v co nejčasnějším stadiu
- screeningová mamografie je **hrazená** ze zdravotního pojištění ve věku od 45 do 69 let ve dvouletých intervalech a s žádankou od praktického lékaře či gynekologa
- preventivní gynekologické prohlídky se v České republice provádějí **1x ročně** (hrazeno zdravotní pojišťovnou), tento interval vyšetření je nutný proto, aby lékař včas zachytil prekancerózní stav nebo případný rozvíjející se nádor děložního čípku
- karcinom děložního čípku způsobuje tzv. Human papillomavirus (HPV) a jedná se o nejčastější pohlavně přenosnou infekcí, v Č.R. je každoročně diagnostikován zhruba u tisíce žen a přibližně 400 z nich na tuto nemoc zemře
- prevence karcinomu děložního čípku = pravidelné gynekologické prohlídky alespoň 1x za rok, očkování (vakcína Silgard, Cervarix) – cca 10 000,-Kč
- doporučená prevence 1x ročně návštěva gynekologa a pravidelné navštěvování romského centra či romského koordinátora